

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

katedra psychologie

Diplomová práce

Jan Červenka

Zvládání bolestí pomocí hypnózy

Hypnosis in pain management

Praha, 2009

vedoucí: Doc. Jiří Šípek

Poděkování:

V této části bych chtěl zejména poděkovat svému vedoucímu Doc. Jiřímu Šípkovi za jeho pomoc, přínosné rady a vedení při psaní této práce. Dále bych chtěl poděkovat všem participantům, kteří vyjádřili svoji důvěru a byli ochotni se mnou spolupracovat. Poděkování si též zaslouží MUDr. František Neradilek a MUDr. Jan Kredba z Prosecké polikliniky a MUDr. Jitka Fricová a Doc. PhD. Karel Balcar CSc. ze Všeobecné fakultní nemocnice za jejich pomoc při realizaci této práce a za důvěru, kterou mi projevili. V neposlední řadě chci také vyjádřit poděkování PhDr. Jiřímu Zíkovi, za to, že mě naučil, jak pracovat s hypnózou a že mi tak ukázal nový svět v rámci psychoterapie. A nakonec bych rád poděkoval své rodině a svým přátelům za to, že mě při psaní této práce podporovali.

Prohlášení:

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.“

V Praze, dne 12. 7. 2009

podpis: 

Abstrakt:

Na základě 8 kasuistik pacientů trpících chronickou bolestí tato práce ukazuje, že hypnóza prováděná pomocí ericksonovských technik je metoda, kterou je možné dosáhnout v některých případech výrazného zlepšení stavu pacienta. Toto zlepšení může být jak ve zmírnění pocíťované bolesti jako takové, tak i ve snížení utrpení, které bolest přináší a nebo ve zmírnění strachu popřípadě úzkosti z bolesti. Tato práce naznačuje, že pakliže má bolest jasnou fyziologickou příčinu, není možné ji pomocí hypnózy plně odstranit, nicméně je možné snižovat právě utrpení nebo strach z bolesti. Dále se ukazuje, že jeden typ osobnostního vyladění může být zodpovědný za selhávání hypnoterapie

Abstract:

This study has proved, based on 8 case studies of patients suffering from chronic pain, that hypnosis based on ericksonian techniques is a method which can lead in some cases to a significant improvement in patient's condition. This improvement can be due to reduction of perceived pain as such or in decrease of suffering or fear and anxiety related to pain. This study indicates that if the pain has a concrete physiological source, it is impossible to completely remove it, nevertheless it is possible to influence the suffering or fear it brings. There also seems to be a specific personality setting that can lead to a failure in the use of hypnotherapy.

OBSAH:

<u>I. Úvod</u>	7
<u>II. Teoretická část</u>	
Oddíl 1. Bolest	8
1. Úvod	8
2. Definice Bolesti	9
3. Historie zkoumání bolesti	11
3.1. Moderní teorie bolesti	14
3.1.1. Vrátková teorie bolesti	15
3.2. Současnost	16
4. Vedení bolesti v těle	17
5. Dělení bolesti	19
5.1. Akutní bolest	20
5.2. Chronická bolest	21
5.3. Nádorová bolest	22
6. Psychologické faktory ovlivňující bolest	23
6.1. Učení	24
6.2. Názory na bolest	25
6.3. Kulturní vlivy	26
6.4. Význam situace	26
6.5. Pozornost	27
6.6. Úzkost	27
6.7. Deprese	28
7. Měření Bolesti	29
8. Péče o pacienty s bolestí v ČR	30
8.1. Přehled hlavních center bolesti v ČR	31
Oddíl 2. Hypnóza	32
1. Úvod	33
2. Historický vývoj	33
3. Definice Hypnotického transu	33
3.1. Trans jako spánek	34
3.2. Trans jako choroba	35
3.3. Trans jako sugestibilita	35

3.4. Trans jako disociace	35
3.5. Hypnóza jako stav uvolnění	36
4. Současná pojetí hypnózy	36
5. Využití hypnózy v terapii	38
5.1. Oblasti využití hypnózy v terapii	38
6. Ovlivňování bolesti	39
6.1. Jak hypnóza pomáhá?	39
6.2. Výzkumy	41
7. Ericksonovský přístup k hypnóze	43
7.1. Popis ericksonovského přístupu k hypnóze	44
7.2. Odlišnosti od „klasického“ přístupu	45
7.3. Kritika Ericksonovského přístupu	46
<u>III. Aplikovaná část</u>	48
1. Účel výzkumu	49
2. Metoda	49
2.1. Vzorek	50
2.2. Metoda VAS	51
3. Popis sezení	53
4. Kasuistiky	55
4.1. Bohumil	55
4.2. Cecílie	58
4.3. Daniela	60
4.4. Emil	63
4.5. Ivana	65
4.6. Karla	68
4.7. Lenka	70
4.8. Marie	72
5. Výsledky	74
6. Diskuse	75
<u>IV. Závěr</u>	80
Seznam Použité literatury	81
Přílohy	85

Ú V O D:

S chronickou bolestí mám vlastní zkušenosti a proto dobře vím, že její léčba je v podstatě výhradně medicínská. Psychologické možnosti se buď nevyužívají vůbec, nebo jen v případech, kdy si medicína již neví rady. Já se ale domnívám, že psychologie má v léčbě bolesti mnoho co nabídnout. Ze všech metod, které mohou být užitečné, jsem zvolil právě hypnózu. Věřil jsem a dnes, když mám k dispozici výsledky této své práce, již vím, že tato metoda může být velmi účinná. Jako každá metoda má samozřejmě své limity a svá omezení, ale to platí o každé terapii, ať je založena na medicíně nebo na psychologii. Byl bych velmi rád, pokud by tato práce pomohla v dlouhém a pomalém boji, ve kterém si psychologie snaží vydobýt své místo vedle medicíny ve zvládání lidského utrpení. Nikoli aby medicínu nahrazovala, ale aby jí doplňovala, neboť psychologie a psychoterapie mají zajisté k dispozici jiné metody a jiné způsoby ovlivňování než medicína.

„Co jiného si zaslouží větší pozornost než snaha odstranit lidskou bolest a utrpení?“ (Melzack)

TEORETICKÁ ČÁST

ODDÍL 1.

BOLEST

Bolest je téma, kterému bylo věnováno již mnoho a mnoho prací v nespočtu oborů fyziologií počínaje, přes psychologii, filozofii až po kulturologii či lingvistiku. Ve své práci se samozřejmě chci zaměřit na hledisko psychologické. Obávám se ale, že nebude zcela možné opomenout poznatky z jiných oborů, zejména pak z fyziologie. V textu pasáže, které se netýkají přímo psychologie nebo nebudou mít přímou souvislost s tématem této práce, oddělím jiným typem písma. Takto označené kapitoly a části kapitol by měli sloužit pro zájemce, které daná problematika zaujme, nebo pro ty, kteří budou shrnutí těchto celků považovat za příliš zjednodušující. Doufám, že to čtenářům usnadní orientaci.

Tento oddíl by měl čtenářům posloužit k tomu, aby si mohli uvědomit, jak velkou roli hrají psychické a psychologické fenomény v bolesti. Pokusím se zde podat nástin toho, jak byla bolest vnímána v průběhu dějin, také v dobách, kdy medicínské působení bylo na poměrně nízké úrovni.

Dále považuji za nezbytné uvést kapitolu o tom, jak bolest v lidském těle funguje z hlediska fyziologického. Z pochopitelných důvodů nebude tato kapitola vyčerpávající, ale měla by čtenáři poskytnout hrubý nástin toho, jak bolest v lidském těle funguje. Pokusím se ukázat, že to, jakou bolest ve výsledku cítíme, je velmi složité a rozhodně to nezáleží pouze na velikosti poranění.

V neposlední řadě se pokusím vyjmenovat několik základních psychologických faktorů, které mají na bolest vliv.

Vzhledem k tomu, že moje práce se bude zabývat tím, jak je možné bolest redukovat, bylo pro mě nezbytné najít způsob, jak bolest kvantifikovat. Poslední kapitola této části tedy pojedná o měření bolesti.

1. Úvod

Ačkoli je bolest ve své podstatě nepříjemná, je pro člověka naprosto nepostradatelná, neboť upozorňuje na to, že v organismu se děje něco, co mu ubližuje, nebo co by ho mohlo

potenciálně poškodit. Bolest je tak varovným signálem a často i důležitým diagnostickým vodítkem. U mnoha poruch a onemocnění je to právě bolest, co se projeví jako první a je to právě bolest co pomáhá v určení diagnózy (např. Melzack 1978; Warfield, Bajwa, 2004). Dobrým příkladem zde může být třeba zánět slepého střeva.

Bolest je také motivující, neboť nutí člověka, aby se jí zabýval a aby ji řešil. Ve většině případů, aby vyhledal lékaře. Jak často se stává, že člověk jde ke svému zubnímu lékaři až ve chvíli, kdy cítí bolest? A jsou to právě tyto stavy, kdy již dochází k procesům, které by potenciálně mohly být pro organismus velmi nebezpečné.

Proč se tedy vlastně zabýváme tlumením bolesti, pokud je její význam pro nás tak veliký? Do ordinací center bolesti se nejčastěji dostávají pacienti ze dvou důvodů. Prvním je, že jejich bolesti jsou způsobovány nezvratnými nebo neodstranitelnými příčinami. Příkladem mohou být nádorové bolesti nebo bolesti vzniklé vrozenými malformacemi. Zde má bolest stále svoje místo, oznamuje nám, že v organismu se děje něco, co by se dít nemělo, problémem ale je, že tento problém nemůžeme řešit. Díky tomu se bolest stává bezúčelnou.

Druhým důvodem pak je to, když se bolest stane sama osobě samoučelnou. Tedy to, když ztratí svoji původní funkci, začne existovat sama o sobě. Zde velmi často mluvíme o chronické bolesti, ačkoli tento termín je mnohem širší. Velmi dobrým příkladem takovéto bolesti je například fantomová bolest. Tomu, proč k tomuto jevu dochází, se budu podrobněji věnovat dále v práci.

2. Definice bolesti

Dříve se mělo za to, že bolest má pouze biologickou nebo fyziologickou složku. Později se však počet elementů, které bolest skládají rozšířil i o psychologické hledisko. Dnes nečastěji mluvíme o podmíněnosti biologické, psychologické, kulturní a osobnostní. Caudillová udává tyto dimenze, v nichž bolest vnímáme:

1. biologická – složí jako ukazatel toho, že došlo ke zranění
2. psychologická – zažívaná jako emocionální strádání
3. behaviorální – odráží se v tom, jak se člověk chová a jak jedná
4. kognitivní – hledají se důvody, proč bolest vznikla, jaký má význam a jak ji léčit
5. spirituální – jako upomínka lidské smrtelnosti
6. kulturní – test odhodlanosti nebo jako prostředek pro vynucení submise

(Caudill, 1995)

Asi nejznámější definicí bolesti je ta, kterou shodně uvádí jak Světová zdravotnická organizace (WHO), tak i mezinárodní asociace pro výzkum bolesti (IASP). Tato definice zní:

„Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkání nebo popisovaná v termínech takového poškození.“ K této definici se ještě dodává, že: *„Bolest je vždy subjektivní a má informativní charakter“* (Wall, Melzack, in Raudenská, 2000).

Tato definice je ovšem odborníky v poslední době stále více a více kritizována. Mareš například této definici vytýká to, že je příliš zaměřena směrem k výpovědi pacienta a tak nebere příliš v úvahu ty pacienty, kteří nemohou svoji bolest z různých důvodů verbálně dobře vyjádřit. Například uvádí malé děti nebo handicapované dospělé (Mareš, 1997). Woessner na druhou stranu vytýká to, že tato definice nespojuje bolest s konkrétními stimuly a nezabývá se vůbec tím, jak bolest vzniká, což do značné míry ovlivňuje její prožívání a tedy i její kvalitu (Woessner, 2006).

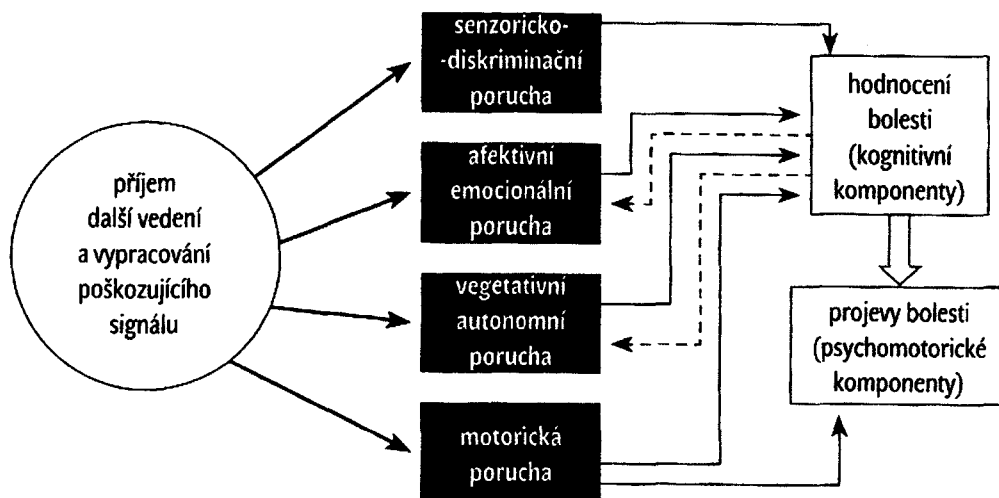
Mareš tvrdí, že bolest je biopsychosociální a že je výsledkem emočních, fyziologických, motivačních a kognitivních procesů (Mareš, 1997). Woessner toto pojetí ještě dále rozšiřuje a shrnuje, že na bolest a její vnímání především působí kultura, osobnost, psychologické stresory, výživa a popřípadě i další nemoci, kterými člověk trpí (Woessner, 2006).

Bolest jako taková má podle Janáčkové 4 hlavní složky:

- 1) senzoricko diskriminační, která je zodpovědná za rozpoznávání bolesti jako vjemu
- 2) afektivně emocionální, která dává podklad emocionálním reakcím člověka na bolest
- 3) vegetativní, což jsou tělesné reakce na bolest zprostředkované sympatikem
- 4) motorická, což je v podstatě behaviorální reakce na to, že tělo vnímá bolest.

(2007)

Součinnost těchto komponent můžeme dobře vidět na obrázku 1.



Obr. 1 Komponenty bolesti
Převzato z: Janáčková 2007

Právě druhá složka je velmi akcentovaná u psychogenní bolesti.

3. Historie zkoumání bolesti

Nemůže být pochyb o tom, že dnešní moderní medicína je na velmi vysoké úrovni, a tak i naše poznání bolesti je dnes ohromné, i když zatím stále ne úplné. To ale neznamená, že se nemůžeme poučit z názorů a postojů kultur, které se s bolestí vyrovnávaly dlouho před tím, než byly položeny základy moderního lékařství. Domnívám se, že právě u nich můžeme vidět, jakou sílu mohou mít psychologické fenomény ve zvládání bolesti.

V nejstarších kulturách se bolest často spojovala s démony, temnými silami a zlými duchy a nezhřídka byla léčena obřady nebo rituály. Dnes se nám může zdát, že tyto způsoby jsou již překonané a pro dnešní dobu irelevantní, ale já se domnívám, že v mnohém mohly být tyto názory dál, než si myslíme. Například v mnohých starověkých kulturách se uvažovalo to, že bolest může být působena buď zraněním, nebo působením „zlých duchů“. Jakkoli nám toto dělení může připadat směšné, mnozí dnešní pacienti by možná za něj byli vděční. Ještě v 50. letech minulého století se totiž naprosto odmítalo, že by bolest mohla existovat bez jasného poranění tkáně (Janáčková, 2007). Pacienti, u nichž se takové poranění nenašlo podle tehdejších názorů bolestí trpět nemohli a pokud si na ni i přesto stěžovali, lékaři je často nebrali vážně. Smutnou pravdou je, že tento názor u některých lékařů přetrvává do současnosti. Z dobových pramenů také víme, že léčba bolesti se u některých z nejstarších kultur neděla jen pomocí „farmakoterapie“, tedy podáváním různých přírodních látek s analgetickými účinky, ale také prostřednictvím obřadů, které ve své době mohly mít podobný efekt jako v dnešní době psychoterapie (Warfield, Bajwa, 2004). Zavádění

psychoterapie a vůbec psychologie do léčby bolesti je ale také v moderních době poměrně nový fenomén. Dalo by se tak s trochou nadsázky říci, že se v posledních přibližně 5 desetiletích pomalu vracíme k tomu, co lidé znali již před několika tisíciletími. Jednou z metod, která je lidstvu známa již velmi dlouho, je i hypnóza. Již z dob antiky pochází zprávy o léčivém chrámovém spánku a mnoho ne-li všechny obřady v sobě nesou nádech sugestivního působení (Zíka, 1992). Nicméně příběh využití hypnózy v západní medicíně je plný dlouhých mezer.

V následující části se pokusím nastínit vývoj názorů na bolest v různých kulturách poněkud obšírněji, tak jak ho zpracovali Warfieldová a Bajwa (2004) (Není-li v textu uvedeno jinak, pocházejí všechny citace z: Warfield, Bajwa, 2004).

Egypt

V medicíně a tedy i v názorech na bolest se v Egyptě snoubily ruku v ruce názory založené na velmi kvalitních znalostech lidské anatomie, které Egypťané získávali mimo jiné i díky tradici mumifikací, a názory mystické. Ačkoli zde po dlouhou dobu převládal názor, že bolest je způsobována zákeřnými duchy, které sesílají bohové jako trest na lidi, nebo kteří škodí jen ze své podstaty, přesto se zde vyskytl i anatomický názor na vznik a fungování bolesti.

V jejich teorii nehraje mozek žádnou velkou roli, stejně jako v celé egyptské medicíně. Díky tomu, že během mumifikací byl mozek pro snadnější vyjmutí zcela zničen, byla tomuto orgánu věnována jen malá pozornost. Na druhou stranu jsou ovšem důkazy o tom, že Egypťané spojovali ochrnutí jedné poloviny těla s poškozením mozku na opačné straně. Nejsou záznamy o tom, že by Egypťané měli povědomí o nervovém systému, zato velmi dobře znali systém cévní. Domnívali se, že nejdůležitějším orgánem v těle je srdce, neboť cévy z něj vedou do celého těla. Právě cévám přisuzovali Egypťané mimo jiné i vedení bolesti.

Indie

Dalo by s říci, že v této kultuře byl vývoj opačný než v Egyptě. I tradiční indické náboženství povolovalo pitvy, a tak i Indové měli poměrně velký přehled o lidské anatomii. Ačkoli na rozdíl od Egypťanů měli znalosti o nervovém systému, rovněž hlavní roli v těle a i ve vedení bolesti přisuzovali srdci. Indové měli zejména velké znalosti v oblasti bylin, ale i živočišných a minerálních látek, které používali mimo jiné i právě pro tlumení bolestí. Některé z těchto látek se v moderní medicíně používají dodnes. Po té, co se asi v šestém století před Kristem v Indii začal šířit buddhismus, přestalo být náboženské dogma nakloněno vědeckému zkoumání a i teorie spadající do oblasti medicíny se začaly vysvětlovat pomocí mystických jevů. Buddhismus považoval fyziologické fenomény včetně bolesti za neexistující a nereálné a proto jim dále nebyla věnována „vědecká“ pozornost.

Čína

V Číně se nerozlučně mísí medicínské a fyziologické poznatky s mystikou a náboženstvím. Základním pojmem v Čínské medicíně byla rovnováha. V lidském těle Číňané rozeznávali pět hlavních orgánů, a to srdce, plíce, játra, ledviny a slezinu, které odpovídaly pěti živlům, a to ohni, vodě, zemi, bronzu a dřevu. V těle pak rozeznávali pět větrů, které sídlily v srdci společně s krví. I v této kultuře bylo srdce považováno za nejdůležitější orgán; sídlila zde i inteligence, která se prostřednictvím cév dostávala po celém těle. Bolest, stejně jako i nemoci, vznikala právě poškozením rovnováhy v těle nebo v jednom z orgánů.

Antické Řecko

Řecká kultura v podstatě od svých začátků velmi preferovala individualitu a díky tomu je velmi těžké shrnout, jaký názor na bolest v této epoše existoval, neboť v každé době vedle sebe existovalo velké množství často velmi protichůdných názorů.

Z počátku byla i antická medicína založena spíše na mýtických představách a náboženských obřadech. Nicméně i pod vlivem Pythagora, který začíná v antickém Řecku prosazovat myšlenku racionálních věd, se od mystiky pomalu ustupuje. Řecko bylo asi první kulturou, která rozeznala důležitost mozku nejen pro život, ale i pro zpracovávání informací. Mozek je považována za základ vědomí a nevědomí. Díky tomu začíná hrát i podstatnou roli v názorech na bolest. Atomisté tvrdili, že bolest vzniká tak, že malé ostré atomy s háčky se dostávají do těla a svým tvarem narušují atomy duše.

Hippokrates a jeho studenti se zejména velmi silně zajímali o bolest a možnosti jejího zvládnutí a to jak prostřednictvím bylin a různých léčivých přípravků tak také něčím, čemu bychom dnes mohli říkat fysioterapie. Jejich úkolem bylo navodit v těle ztracenou rovnováhu, která byla příčinou všech obtíží.

Platón na druhou stranu své teorie nepojímá z fyziologického hlediska, ale spíše z hlediska filozofického. Podle něj je bolest jednou z vášní nebo kvalit duše, která je protikladem slasti (Raudenská, 2000). Podle této teorie je tedy bolest nedílnou součástí života.

Aristoteles se ve svých teoriích blíží názorům indickým a egyptským v tom, že mozek považuje pouze za okrajový orgán a největší váhu přikládá srdci, které zpracovává mimo jiné i vjemy bolesti. Tato Aristotelova teorie inspirovala mnohé filosofy a udržela se v podstatě až do novověku (Raudenská, 2000).

Řím

Na tradici poznatků ze zničené Alexandrijské knihovny, zejména pak práce Herophila a Erasistrata navázal lékař Galénos. Ten jejich výzkumy týkající se zejména mozku a míchy dál rozváděl a specifikoval. Podpořil zejména myšlenku toho, že nervový a cévní systém jsou zcela odděleny. V prakticky zaměřeném Římě, kde byl kladen důraz zejména na užitečnost a funkčnost, jeho poznatky brzy nahradily mytologická vysvětlení a zaujaly i církevní hodnostáře natolik, že se Galenovo učení stalo v Římě dogmatem. Pole jeho učení je bolest nejzákladnějším vjemem způsobeným buďto přerušením kontinuity tkáně (rozřeznutí, spálení a podobně) nebo náhlým prudkým pohybem tělesných tekutin (tlak nebo napětí).

Středověk mimo Evropu

Mimo Evropu bylo ve středověku klima pro fyziologický výzkum bolesti mnohem příznivější. Ačkoli se velmi rychle rozrůstal Islám a pohlcoval okolní kultury, nebyly poznatky těchto kultur ztraceny. Islám totiž hlásal, že poznání je cestou do ráje a nebránil se přebírat ani poznatky těch, kteří islám nevyznávali. I díky tomu se v Perské a Arabské říši zachovaly texty z antického Řecka a poznatky z této doby byly dále rozvíjeny.

V Perské říši proslul svými objevy na poli lékařství zejména Ibn Sina, známý spíše jako Avicenna. Ve své knize popisuje 15 druhů bolestí, které vznikají díky humorálním změnám v těle. Jedná se v podstatě o první názor, že bolest není jeden jediný vjem, ale že má mnoho kvalit. Ukazuje také 3 druhy léků, které se dají používat pro zmírňování bolesti, a to ty, které odstraňují příčinu bolesti, ty, které přinášejí úlevu a anestetika.

Středověk a novověk v Evropě

Evropský středověk byl ve znamení křesťanské víry, která naprosto nepovolovala jakýkoli odklon od svých dogmat. Experimenty a pitvy nebyly povolené a tak se zkoumání lidské fyziologie na dlouhá léta zastavilo. Změnu v tomto pohledu na člověka a tedy i na procesy probíhající v něm, přináší až Martin Luther a jeho reformy. V jeho pojetí je i jednotlivce důležitý.

V období renesance bylo možné opět provádět pitvy a ty staly dokonce i námětem pro umělce, především malíře. Z této doby jsou známy především objevy Leonarda da Vinci, který se mimo jiné zajímal i o anatomii a fyziologii. Jeho objevy se týkaly především nervového systému. Podařilo se mu zmapovat sympatická vlákna, ačkoli se mu nepodařilo rozluštit jejich význam v těle. Dále se zabýval funkcí míchy a různých částí mozku. Podle jeho teorií byla bolest výrazně zesílenou odpovědí na dotek. Bolest se u zvířat snažil regulovat pomocí přetínání nervů a pokoušel se odhalit zákonitosti výsledků takovýchto operací.

Používání léků a bylin k úlevě od bolesti nebylo příliš možné, neboť se pomalu začínala objevovat inkvizice a s ní spojená nařčení s čarodějnictvím. Z literatury ovšem víme, že byly známy efekty různých rostlin, které měly anestetické nebo analgetické účinky. Nejčastěji používanými praktikami ovšem bylo vyvolávání necitlivosti pomocí zchlazení místa ledem nebo sněhem, nebo tlaková anestezie, která spočívala ve stlačení karotid, čímž došlo u pacienta k přechodné ztrátě vědomí. Tato technika pochází již s antického Řecka.

V 17. století publikoval také René Descartes svoji teorii o tom, jak v lidském těle bolest funguje.

Descartes viděl bolest jako záležitost čistě senzorickou. Podle něj byly emoční projevy, které bolest neoddelitelně doprovázejí sekundární a přidružené. Descartes popisuje mechanismus vzniku bolesti následovně:

„Jestliže plamen plane v blízkosti nohy, pak dobré částičky tohoto ohně, o nichž dobře víme, že se pohybují velkou rychlostí, mají schopnost uvést do pohybu drobné částičky kůže nohy, s nimiž přicházejí do styku. Tak se rozezvučí vzhůru jdoucí jemné vlákno, které je spojeno s tím místem na kůži. V tomto okamžiku tyto částičky otevrou otvor, k němuž jemné vlákno vede. Děje se tak právě tak, jako bychom tahali za konec provazu a tak v moment rozezvučeli zvon, visící na druhém konci“

(Descartes in Krivohlavý, 1992)

Grafické znázornění této teorie můžeme vidět na obrázku 2.



Obr. 2 Descartova teorie vedení bolestivého vzruchu
Převzato z: Janáčková, 2007

Velkou výhodou této definice je to, že je velmi přehledná a jednoduchá. Jejím velkým nedostatkem ovšem je, že dokáže vysvětlit jen málo z toho, co v reálném životě pozorují lékaři a co zažívají jejich pacienti. I přesto se ale stále najdou lidé, a to i lékaři, kteří s bolestí pracují, kteří si stále na bolest uchovávají tento velmi zjednodušující pohled (Janáčková, 2007). Tato teorie vede ke dvěma předpokladům, které se ale v reálném životě ukazují jako zcela mylné. Zaprvé je to to, že každá bolest souvisí s akutním tkáňovým poškozením. Z praxe je ovšem zřejmé, že mnoho lidí trpí bolestmi, aniž by bylo možné zjistit jakékoli poškození nebo jakoukoli patologii v místě, kde bolest cítí. Označit všechny tyto pacienty za simulanty nebo naznačovat, že jejich bolest není skutečná a je „jen výplodem jejich mysli“ je v dnešní době již jako stanovisko neudržitelné.

Druhým závěrem, který by bylo možné z této teorie učinit je to, že pokud zamezíme tomu, aby vlákno vedlo z poškozeného místa informace o bolesti do mozku, odstraníme tak vjem bolesti. Ačkoli u některých pacientů má buď tlumení pomocí léků, které zamezují přenos informací nervy, nebo chirurgický zákrok spočívající v přetěti specifických vláken, účinek, nefungují tyto metody univerzálně (například Melzack, 1978; Janáčková, 2007). Dobrým příkladem mohou být fantomové bolesti, kde nedošlo jen k přerušení nervů, ale k odstranění celé oblasti, kde by bolest mohla být (Křivohlavý, 1992).

Existence myofasciálních bolestí nebo algii také dokazují, že Descartova teorie nemůže pokrýt celé spektrum bolestivých projevů (Melzack, 1978). Myofasciální bolesti jsou takové, kdy je zjištěno poškození tkání, které by mohlo nebo mělo být bolestivé, nicméně pacient si na bolest stěžuje na jiném místě, kde by ji cítit neměl. Analgie je pak stav, kdy opět existuje důvod pro to, aby pacient cítil bolest, ale on ji necítí.

V polovině 19. století přichází James Simpson s novinkou v tišení bolesti, a to s éterem. Používání éteru přineslo velký pokrok zejména v chirurgii, neboť pacient byl zklidněn, jeho svaly byly uvolněnější a operace mohly probíhat déle (Eltzschik, 2003). Masivně se éter začal užívat zejména za první světové války.

V roce 1884 byl poprvé pro anestezii použit kokain. Zprvu se věřilo, že je tato droga zcela neškodná a nevyvolává závislost, neboť nebyl prokázán fyzicky se projevující abstinenci stav. Od roku 1892, kdy byla návykovost kokainu dokázána, se při anestetikách používala látka na bázi kokainu, která ale návyková nebyla, a to novokain (Janáčková, 2007).

3.1. Moderní teorie bolesti

Během 19. a na začátku 20. století vzniklo nepřeberné množství různých teorií bolesti. Vliv na to mohlo mít i to, že stále více pacientů se svými obtížemi začalo docházet do

nemocnic, kde tak lékaři měli velké množství pacientů na jednom místě, což napomáhalo jejich výzkumům (Warfield, Bajwa, 2004).

Mezi teorie, které v této době vznikají patří například teorie specifických nervových energií Johanenese Müllera, kterou později rozpracoval von Frey, Blix, Goldscheider a Donaldson jako *teorii specifity*; *teorie intenzity*, která vznikla na základě výzkumů Erba a kterou podporoval i Wundt; *teorie vzorů*, tedy pattern theory, kterou na základě Goldscheidových výzkumů rozpracoval Livingston; *Scherringtonova teorie* z počátku 20. století a různé další (Warfield, Bajwa, 2004).

3.1.1. Vrátková teorie bolesti

Tuto teorii vytvořili v roce 1965 Melzack a Wall a pokusili se do ní zahrnout poznatky všech předchozích teorií bolesti, neboť podle nich, každá z nich přinesla nový pohled na jeden z aspektů bolesti. Bylo podle nich ale zapotřebí vytvořit jednu teorii, která by všechny tyto poznatky shrnula.

Melzack s Wallem si vytkli, že jejich teorie musí vysvětlit tyto fenomény:

1. Vysoký stupeň specializace receptorových jednotek a drah v centrálním nervovém systému
2. Úlohu prostorového a časového kódování při přenosu informace v nervovém systému
3. Vliv psychických dějů na percepci bolesti
4. Jevy časové a prostorové sumace, šíření a přetrvávání bolesti po vyhojení

(Melzack, 1978)

Melzack uvádí, že základní premisou této teorie bylo, že neexistují specifické cesty vedení bolesti. V podstatě se zde vychází z teorie intenzity a Melzack sám tvrdí, že bolest je vedena stejnými kanály, jako vjemy doteku nebo lechtání. Pokud intenzita podnětu nepřesáhne práh, pak se v mozku aktivují ty struktury zodpovědné za příjemné pocity nebo orientační reflex. Pokud je práh překročen, aktivuje se centrum zodpovědné za nepříjemné pocity. (1978)

Vrátková teorie také klade velký důraz na psychologické faktory, které bolest ovlivňují. Zmiňuje nejen vliv zkušenosti, ale i prostředí a sociálního učení.

Hlavní body vrátkové teorie, jak je Melzack zmiňuje ve své knize jsou:

1. Přenos nervových vzruchů do míšních T-buněk je modulován míšním vrátkovým systémem v zadních rožích míšních.

2. Míšní vrátkový systém je ovlivněn poměrem aktivity ve vláknech s malým a velkým průměrem. Aktivita v silných vláknech má tendenci tlumit přenos, tedy zavírat vrátka, aktivita v tenkých vláknech vrátka otevírá.
3. Míšní vrátkový systém je ovlivňován vzruchy z mozku.
4. Specializovaný systém silných vláken (centrální řídicí systém) aktivuje určité pochody ve vědomí, které pak ovlivňují pomocí descendentních vláken modulační vlastnosti míšního vrátkového systému.
5. Jestliže vstup z míšních převodních T-buněk přesáhne kritickou hranici, dojde k aktivaci akčního systému, což je oblast zodpovědná za projevy a chování typické pro bolest. (1978)

Melzack udává, že fyziologickým základem této teorie je, že míšní vrátkový mechanismus moduluje přenos impulsů aferentních nervových vláken do míšních T-buněk. Nervový mechanismus v zadních rožích míšních působí jako vrátka, která mohou zvyšovat a snižovat tok nervových vzruchů z periferních vláken do centrálního nervového systému. Aktivita v silnějších vláknech „zavírala vrátka“, tedy inhibuje přenos, kdežto aktivita ve slabších vláknech naopak „vrátka otevírala“ a přenos zvyšuje. Somatický vstup je tedy modulován dřív, než dojde k pocitu bolesti nebo reakci na ni. Míra toho, jak moc jsou vrátka otevřena nebo zavřena závisí na vzájemném poměru aktivity vláken o velkém (A beta) a malém (A delta a C) průměru a také na descendentních vlivech z mozku. Slabá vlákna umožňují sumaci a otevírají vrátka a zvyšují signalizaci z T-buněk. Jejich činnost je modulována činností celého nervového systému. (1978)

Na T-buňky nepůsobí jen informace ze slabých a silných vláken, ale také transformované informace ze substantia gelatinosa v míše. Na substantia gelatinosa působí silná vlákna facilitačně a slabá tlumivě, její vliv na T-buňky je tlumivý, zatímco vliv slabých a silných vláken na T-buňky je facilitační (Melzack, 1978).

3.2. Současnost

Současnou situaci na poli výzkumů a teorií bolesti shrnují Warfieldová a Bajwa následovně: Nejnovější posuny v technice v medicíně, zejména pak poznatky v zobrazovacích technikách, jako MRI nebo PET, ukazují slabiny ve vrátkové teorii. Namísto sekvencovaného postupu, který vrátková teorie předpokládá, se dnes více kloníme k tomu, že jevy při vnímání bolesti probíhají paralelně. V roce 1999 Wall vrátkovou teorii upravuje a tvrdí, že mozek

zpracovává vjemy v termínech možných proveditelných akcí, které by reagovaly na nociceptivní dráždění. (2004)

Během 30-ti let od první publikace vrátkové teorie došlo k významným objevům zejména na poli neurotransmiterů a dalších endokrinních látek. V míše byly objeveny enkefaliny a v mozku endorfiny. Existoval názor, že úleva od bolesti je způsobována tím, že do tkání se vylučují chemické látky jako histamin, bradykinin, ionty sodíku a draslíku a prostaglandin. V zadních rozích míchy dochází k přenosu informací o bolesti pomocí neurotransmiteru zvaného substance P, která se nachází v synaptických zakončeních primárních aferentních drah v zadních rozích. Na úrovni mozkového kmene a míchy je substance P blokována enkefaliny a β -endorfiny.

Nové výzkumy ukazují, že u mnohých neurotransmiterů, které se podílejí na vedení bolestivých podnětů nebo na jejich tlumení, dochází k redukci jejich počtu při patologických psychických stavech, jako jsou deprese nebo psychózy (Warfield, Bajwa, 2004). Díky tomu se často používají léky pro úpravu nálady k tomu, aby byla odstraňována neuropatická bolest.

4. Vedení bolesti v těle

V současné době panuje tento názor na to, jaká je anatomie a fyziologie bolesti:

Periferní struktury (receptory) bolest percipují a vedou do centrálních struktur, kde je zpracována, modulována a kde se na ni vytváří určitá reakce. Na úrovni periferie i centra existují mechanismy, které zároveň bolest tlumí, a to buď na téže úrovni, nebo na úrovni nižší či vyšší. Bolest se výrazně moduluje. Je to součástí širšího fenoménu – stresu, který má na bolest velký vliv, a mnohdy je ani nelze od sebe zásadně oddělit. Nelze také opomenout subjektivní vnímání bolesti a různou reakci osob na bolest. Je anatomicky obtížné přesně umístit kognitivní a emocionální složku bolesti, i když víme, že tyto procesy probíhají na úrovni centrálního nervového systému. (Rokyta in Janáčková, 2007, s. 25).

Rokyta dále tvrdí, že bolest má vždy naprosto objektivní a organické pozadí, tedy, že vedení bolesti, dráhy nervů i místa, kam tyto informace putují, jsou u všech lidí totožné, ale vnímání bolesti je čistě subjektivní (Rokyta et al. in Janáčková, 2007).

Z výše uvedeného jasně vyplývá to, že vedení bolesti v těle je velmi komplexní a velmi do něj zasahují i psychologické vlivy. Tento fakt nám tedy dává možnost bolest ovlivňovat psychologickými prostředky. V další části této kapitoly se pokusím podat poněkud zevrubnější popis toho, jak je bolest v těle vedena. Uvědomuji si, že tento přehled není zcela

vyčerpávající, ale věřím, že dostatečně demonstuje hledisko zmíněné výše. Není-li v textu uvedeno jinak, pochází informace v této části z: Janáčková, 2007.

Bolest je vnímána receptory (nociceptory, nebo také nocisenzory), které jsou hojně zastoupeny v perifériích, hlavně pak v pokožce, ale vyskytují se i v centrálních tkáních.

V těle se na periférii vyskytují nociceptory 3 typů:

Nociceptory na volných nervových zakončeních. Ty jsou lokalizovány na knoflíkových zakončeních (button terminals) a vyskytují se zejména v kůži, ale také v orgánech a sliznicích

Vysokoprahové mechanosenzory primárně vnímají mechanické změny, jako tlak, tah nebo dotyk. Za určitých okolností mohou také vnímat bolest, která se dá popsat v rámci těchto termínů.

Polymodální receptory jsou rovněž specializované, ale zaměřují se na chlad a teplo. Opět zde platí, že pokud je překročena jistá intenzita stimulace, dochází k bolesti.

Z nociceptorů vedou vzruchy dále do centrálních oblastí dva druhy vláken. Jsou to vlákna A-delta a vlákna C. Vlákna A-delta jsou slabě myelinizovaná a vzruchy vedou relativně pomalu v porovnání s ostatními vlákny typu A, a to rychlostí asi 7-14 m/s. Vlákna typu C nejsou myelinizovaná vůbec a díky tomu vedou vzruchy ještě pomaleji, rychlostmi mezi 0,5 – 3 m/s. Při bolestech, zvláště pak při chronických neuropatiích dochází k tzv. efapsi, tedy k tomu, že vzruch „přeskakuje“ z axonu, který ho vede i na axony sousední. Tím se vjem bolesti stává intenzivnějším, neboť je do mozku veden více axony.

Bolestivý vzruch, mohou vyvolat v podstatě dva typy látek. První působí přímo na nociceptory a vyvolávají bolestivou reakci a pak látky, které na nociceptory působí tak, že je senzitivizují. Takto stimulované nociceptory pak reagují silněji i na slabé dráždění. Mezi látky, které přímo vyvolávají bolestivou reakci patří například histamin, bradykinin, serotonin, ionty draslíku nebo substance P.

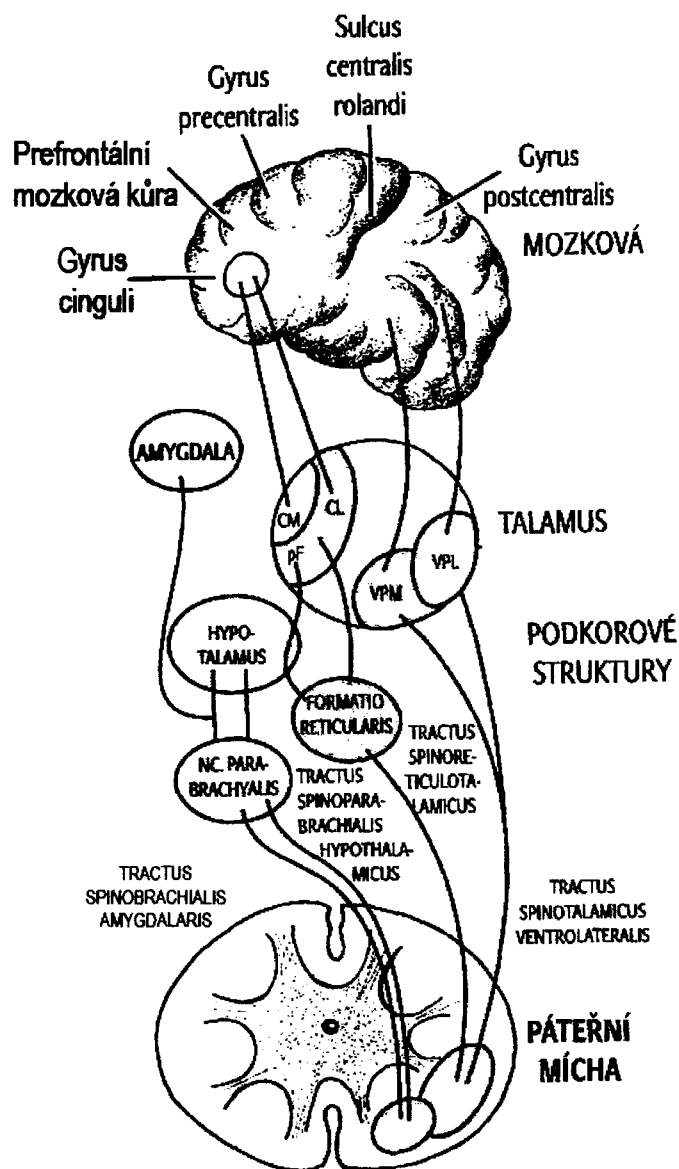
Mezi látky, které senzitivizují nociceptory patří leukotrieny a prostaglandiny. Tyto látky působí tak, že mění práh citlivosti senzorů, čímž jim umožňují snazší vnímání bolesti.

Dnes víme, že informace o dotyku, tlaku, vibracích a dalších jsou vedeny velmi rychle silně myelinizovanými A-alfa vlákny rychlostí 70-120 m/s a jsou přepínány T-přenosovou buňkou v Lissauerově traktu do vyšších etáží. Pokud dojde k bolestivému dráždění, dostává se tato informace do Lissauerova traktu a tam přehluší informace o taktilním nebo jiném dráždění. Vnímána je tak pouze bolest. Tento princip ale může fungovat i opačně, a tak pokud jsou silněji drážděny jiné než nocisenzory, nebude člověk pociťovat bolest, ale spíše dotyk nebo tlak s ohledem na povahu dráždění. Na tomto principu stojí i vrátková teorie bolesti.

Z thalamu se bolest dále dostává do mozkové kůry, a to přesněji do oblasti gyrus postcentralis. Projekce z mediálních jader je vedena do prefrontální mozkové kůry a dále do gyrus cinguli a limbického systému. V mozku pak dochází k interpretaci a vnímání bolesti a zapojuje se zde zkušenost, jakož i další psychologické fenomény, které dotvářejí konečnou reakci na bolest.

Grafické znázornění průběhu drah bolesti v těle můžeme vidět na obrázku 3.

Tělo a především mozek má ovšem také své způsoby, jak bolest tlumit. Vědci zjistili, že při stimulaci mozkového kmene, přesněji rafeálních jader v oblasti prodloužené míchy a periaquedukální šedi kolem Sylviova kanálku, dochází k analgesii. Později se zjistilo, že z těchto oblastí se do těla vylučují látky, které přirozeně bolest tlumí. Mezi tlumiče bolesti patří především endorfiny a enkefaliny. V těle mají nejdůležitější funkci beta-endorfin a dynorfin a z enkefalinů leu-enkefalin. Tyto látky v těle působí podobně jako morfium, tedy obsazují chemické receptory, které vedou informace o bolesti. Pokud dojde k bolestivému podnětu, vyloučí se endorfin a ten obsadí nociceptor tak, že informace o bolesti nedojde do míchy a tedy ani do mozku. Endorfiny, tedy jakési vnitřní morfiny, se tvoří v mozku, enkefaliny se tvoří zejména v míše. Hladina endorfinů v těle není stálá a mění se v závislosti jak na dalších tělesných dějích, jako například při menstruaci u žen nebo i jako reakce na vnější stimuly.



Obr. 3 dráhy bolesti
převzato z: Rokyta et al. in Janáčková, 2007

5. Dělení bolesti

Vzhledem k tomu, jak komplikovaný fenomén je bolest, dá se předpokládat, že bude existovat mnoho jeho různých kategorizací a dělení. Tato dělení nejsou v žádném případě samoučelná, neboť různé druhy bolesti reagují na jinou léčbu a i jejich prognóza se vzájemně dosti liší. Vzhledem k tomu, že praktická část mé práce se zabývá chronickou bolestí, budu se v této kapitole věnovat zejména dělení na ose akutní – chronická bolest. Před tím bych ale rád zmínil některá jiná kritéria dělení bolesti.

Podle místa vzniku dělíme bolest na nociceptivní a neurogenní (Janáčková, 2007). *Nociceptivní bolest* vzniká vedením vzruchů neporušenými funkčními drahami z periferních receptorů do centrálních oblastí. Nociceptivní bolest můžeme ještě dále dělit na *viscerální*, tedy vnitřní nebo orgánovou, která je poměrně těžko lokalizovatelná a na bolest *somatickou*, jejíž výskyt je většinou jasně ohraničen (Janáčková, 2007).

Názory na neurogenní bolest shrnují Novotná a Ehler takto: *Neurogenní* nebo *neuropatická bolest* je způsobena poškozením nervu míchy nebo některých oblastí mozku. Principy jejího vzniku nejsou zatím zcela objasněny. Neuropatická bolest se dále dělí podle svého průběhu a výbavnosti. (2006)

Janáčková uvádí ještě další typ bolest, a to *bolest psychogenní*, kterou definuje následovně: „Psychogenní bolest nemá zjevný organický původ, má však biologický základ a vzniká především na úrovni limbického systému a mozkové kůry. Je možné ji léčit psychoterapeuticky, psychofarmakologicky a eventuálně neurochirurgicky.“ (2007 p. 33).

5.1. Akutní bolest

Akutní bolest je přirozenou součástí našeho života a zkušenosti s ní má snad každý.

Janáčková definuje akutní bolest následovně: „Akutní bolest vzniká na základě poškození tkáně mechanicky nebo nemocí. Je charakterizována náhlým počátkem a časově omezeným trváním. Při různé intenzitě se může vyskytovat několik hodin, dnů nebo týdnů. Pro člověka představuje zátěž, na kterou organismus reaguje výraznými fyziologickými změnami (zvýšení krevního tlaku, prohloubené dýchání, zatajování dechu, zvýšené svalové napětí aj.). Lokalizace akutní bolesti je většinou dobře určitelná a člověk se snaží v pravé čadě odstranit její zdroj. U postiženého jedince je značně zvýšené afektivní prožívání bolesti (například agresivní chování k okolí nebo k sobě).“ (2007, p. 50)

V této definici vidíme mnoho prvků, které nejsou specifické pouze pro akutní bolest, ale pro bolest jako takovou. Většina autorů definuje akutní bolest na základě délky trvání. Jakákoli bolest, která trvá po dobu kratší než 3 měsíce je považována za akutní. například Janáčková ale staví tuto hranici na 6 měsíců (Janáčková, 2007).

Podle Woessnera je akutní bolest výsledkem stimulace normálně pracujícího systému detekce bolesti a slouží k tomu, abychom se vyhnuli, anebo alespoň minimalizovali, nebezpečí poškození tkáně (Woessner, 2006).

Novotná a Ehler upozorňují na další specifikum akutní bolesti a za důležité u ní považují to, že je symptomem tkáňového poškození nebo onemocnění. Přítomnost akutní

bolesti je tedy účelná a mnohdy nezbytná pro zachování života. Jako léčba je pak nejúčinnější odstranění příčiny bolesti (Novotná, Ehler, 2006).

Mechanismus vnímání akutní bolesti se skládá ze tří dílčích úrovní. Jsou to specifické fyziologické mechanismy, tedy nocicepce, zadruhé je to modulace, a to jak fyziologická tak i psychologická a zatřetí vnější procesy a vlivy, které zpětnovazebně ovlivňují modulaci i fyziologické procesy (Janáčková, 2007).

5.2. Chronická bolest

Na rozdíl od bolesti akutní nemá chronická bolest varovnou funkci v organismu a je často považována nikoli za symptom, jak je tomu u akutní bolesti, ale za samostatné onemocnění (Novotná, Ehler, 2006). Problémem ovšem je, že pacienti si tento fakt často neuvědomují. Stále věří, že jejich bolest je upozorňuje na to, že je něco v nepořádku a díky tomu se u nich nezdědka rozvíjí strach. Velmi často pak žádají lékaře o další vyšetření a jejich často negativní výsledek je znepokojuje. Zdá se, že mnozí pacienti mají problém s tím, připustit si, že jejich bolest nemá fyziologický podklad.

Janáčková charakterizuje chronickou bolest následovně: „Chronická bolest je příznačná tím, že její příčina není známa (stává se sama o sobě onemocněním) nebo je neodstranitelná. Diagnostikujeme ji tehdy, trvá-li déle než půl roku. U chronické bolesti se nesetkáváme s výraznou fyziologickou reakcí. Postižený prožívá bezmocnost, depresi, vyskytují se poruchy spánku, snižuje se chuť k sexuálnímu styku, mění své chování, omezuje sociální kontakty a uzavírá se do sebe.“ (2007, p. 57)

Jak z této definice vidíme, chronická bolest působí zejména na psychiku pacienta, a to hlavně ve dvou směrech, kterými jsou strach a deprese.

Charakteristika	Akutní bolest	Chronická bolest
Příčina	Jasně definovaná	Nejasná, neodstranitelná
Trvání	Méně než 6 měsíců; mizí s odstraněním příčiny	Déle než 6 měsíců
Tělesná odezva	Zvýšená srdeční frekvence, zvýšený tepový objem, zvýšený krevní tlak rozšíření zornic, potivost, neklid, úniková reakce	Poruchy autonomního nervového systému (nedokrvenost, potivost), svalové křeče, ztuhlost, atrofie v důsledku nečinnosti,
psychické změny, změny v chování	Úzkost Jednání vedoucí k úlevě	Deprese Poruchy spánku, ztráta chutí k jídlu, nedůtklivost, poruchy libida, hněv, ztráta motivace
Změny ve vztazích v rodině	Potřeba jistoty a útěchy	Apatie nebo pocity hněvu a odmítnutí
Změny ve vztazích k lékařům	Důvěra v jejich schopnosti	Frustrace, pocity nedůvěry odmítnutí, nepochopení

Tab. 1 Porovnání chronické a akutní bolesti,
převzato z: Janáčková, 2007

5.3. Nádorová bolest

Pokud budeme jako jediné diferenciálně diagnostické kritérium pro rozlišení akutní a chronické bolesti uvažovat dobu jejího trvání, pak by nádorová bolest spadala zcela jistě do kategorie bolesti chronické. Pokud se ale hlouběji zamyslíme nad specifiky chronické bolesti, uvědomíme si, že nádorová bolest se v mnohém blíží spíše akutní než chronické formě. Nádorová bolest má většinou velmi jasnou příčinu, tedy nádor, který ji způsobuje buď tím, že tlačí na nějaký orgán zvenčí, nebo tím, že ho zevnitř napíná, popřípadě tím, že nádor rozruší a poškodí zdravou tkáň svým růstem (Janáčková, 2007). Tato bolest také není samoučelná, ale poukazuje, stejně jako bolest akutní k nějakému poškození tkání nebo k nebezpečí takového poškození. Dle mého názoru by bylo skoro možné říci, že nádorová bolest je dlouhodobě trvající bolestí akutní. Problémem nádorové bolesti je to, že často není možné příčinu bolesti, tedy nádor, který ji způsobuje, odstranit. Proto nádorová bolest může trvat velmi dlouho. V tomto ohledu je, podle mne, podobná například artritické bolesti nebo bolestem, způsobeným deformitami nebo degeneracemi v těle.

Stejně jako u chronické bolesti, i u bolesti nádorové hraje velkou roli strach, nicméně strach u nádorové bolesti vychází z jiného zdroje. U nádorové bolesti je menší nejistota. Pacienti často vědí, že bolestí budou trpět po zbytek svého života neboť není možné její příčinu odstranit. Paradoxně toto vědomí jim může pomáhat v tom, aby se s bolestí vyrovnali. I jistota nepříjemné budoucnosti může být lépe snesitelná než nejistota. Strach tu ovšem více a příměji souvisí se smrtí. Ačkoli je u chronické bolesti strach ze smrti jasný, u nádorové bolesti je mnohem jasnější. Pokud pacient trpí neodstranitelným nádorem, velmi často se domnívá, ať již je to pravda či nikoli, že tento nádor bude příčinou jeho smrti. Pokud pak dojde ke zhoršení bolesti, pacient pak může logicky velmi často věřit tomu, že je to znamení blížící se smrti.

Mezi lidmi je stále slovo nádor spojeno s diagnózou rakoviny a rakovina se smrtí. Věřím, že zde je velice důležité, aby lékaři byli velice obezřetní při sdělování diagnózy a aby si pečlivě ověřovali, zda jim pacienti rozumí. Správné informace mohou velmi silně zmírnit pacientův strach v případě, že není oprávněný a tím může být ovlivněna i pacientova bolest.

Druhým výrazným specifikem bolesti spojené s nádorovým onemocněním je to, že pacient často trpí i bolestí spojenou s léčbou (Janáčková, 2006). Jak chirurgické zákroky, které se s léčbou nádorových onemocnění pojí, jako je odstranění nádoru nebo odstranění nádorem postižené části těla, tak i chemoterapie a terapie ozařováním mohou být silným zdrojem bolesti.

6. Psychologické faktory ovlivňující bolest

Jak jsem se snažil ukázat v předchozích kapitolách, bolest a zejména její vedení v organismu je velice komplikované. Pravděpodobně ještě komplikovanější ale je to, jak bolest člověk prožívá. Již vícekrát jsem zmínil, že stejné zranění nebudou dva lidé prožívat stejně a dokonce i jeden člověk může totéž poranění prožívat jako různě bolestivé v závislosti na mnoha faktorech, z nichž mnohé jsou psychologické. Toto je dle mého názoru důvod, proč mají psychologové hrát značnou roli v práci s pacienty, kteří trpí bolestí. Správnou prací s psychologickými faktory můžeme zajistit to, že pacient nebude trpět větší bolestí než je nezbytně nutné.

Bolest a její vnímání je velmi silně ovlivňováno jak krátkodobými psychologickými faktory, jako jsou afekty, ale i dlouhodobými náladami a značnou roli hraje také kognitivní zpracování bolesti (Janáčková, 2007). Tedy to, jaký má bolest význam, jaké má místo v hodnotovém systému jedince, představy o bolesti a celkově přístup k ní vytvořený mimo

jiné i na základě zkušeností. Tyto psychologické vlivy pak mají na vnímání bolesti v podstatě stejně velký vliv jako mechanismy neurofyzilogické.

6.1. Učení

Již Pavlov na konci 19. století demonstroval, že pokud dva podněty následují za sebou, mohou se reakce na jeden z těchto podnětů přesunout i na podnět druhý. U pacientů s chronickou bolestí, zejména svalovou, velmi často dochází k tomu, že bolest je horší při námaze svalu. I v případě, že se pak podaří původní příčinu bolesti odstranit, může dojít k tomu, že pacient si bude stále „pamatovat“, že jistý druh pohybu způsobuje bolest (Warfield, Bajwa, 2004). Pokud po něm budeme chtít, aby takovýto pohyb vykonal, nastane u něj pocit ohrožení a úzkosti, který se velmi často pojí s fyziologickou reakcí jako je stažení a napětí svalů, které ve své podstatě může způsobit to, že pacient vnímá nepříjemné pocity, nebo dokonce i bolest. Tím se jeho strach ještě zvětšuje. Pacient věří, že bolest nebude cítit, pokud danou svalovou skupinu nebude zatěžovat a tak u něj často dochází k tomu, že tyto svaly nadměrně šetří. To může negativně ovlivňovat například možnost práce fyzioterapeutů.

Úkolem lékařů nebo psychologů se zde stává to, aby pacientovi pomohli překonat strach z bolesti a poskytli mu korektivní zkušenost. Zároveň je dobré pacientům vysvětlit, že bolest nemusí vždy znamenat poškození a někdy je bolest i znakem léčby.

S bolestí také souvisí sociální učení. Záleží zde zejména na tom, jak je člověk z dětství naučen se k bolesti a problémům s ní spojeným stavět. Výzkumy ukazují, že děti rodičů, kteří trpěli chronickými bolestmi, projevují v dospělosti častěji chování typické pro bolest (Richard, 1988).

Lidský mozek si dokáže bolest také pamatovat. Díky tomu dochází k podmíněným reakcím a vědomému i mimovědomému (reflexivnímu) vyhýbání se bolesti. Proto je nezbytné odstraňovat bolest v případech, kde je to možné co možná nejrychleji a to zejména u dětí, aby se omezilo nebezpečí vzniku podmíněné reakce, tedy aby se zabránilo tomu, že si mozek bolest „zapamatuje“ ve vztahu k dané situaci. Dovedeme si jistě představit, že pokud je malému dítěti nešetrně odebírána krev a ono cítí bolest, může si tuto bolest zapamatovat a pak ji cítit pokaždé, když mu bude brána krev a to i v případě, že zákrok bude proveden mnohem šetrněji a pro někoho, kdo neměl podobnou zkušenost, bezbolestně. Pomocí „naučení se“ bolestí někteří autoři vysvětlují například i fantomovou bolest (Janáčková, 2007). Před amputací končetina bolela, ale po amputaci zůstane v mozku engram, který tuto bolest živí dál.

6.2. Názory na bolest

Názory na bolest, zejména pak na to, čím je způsobena a tedy i na to, jak dlouho bude trvat a jaké bude mít následky, mají velmi silný vliv na to, jak bude bolest prožívána. Pokud dva pacienti trpí objektivně stejnou mírou bolesti, ale jeden z nich věří, že se jedná jen o přechodný stav a je si jistý že do druhého dne bolest zmizí, bude se chovat a prožívat tuto bolest jinak než druhý, který věří, že jeho bolest je způsobena nevyléčitelnou nemocí.

Zvláště některé názory na bolest na ni mohou mít velmi negativní vliv. Zcela jistě sem patří přesvědčení o tom, že není nic, co by pacient mohl dělat proto, aby si od bolesti alespoň trochu ulevil. Pokud si pacient toto začne myslet, začíná být velmi pasivní a dle mého názoru není vyloučeno, že se propadne do depresí. Pokud si pacient vytvoří názor, je velmi těžké ho později změnit. Pacient často tomuto názoru podřizuje své chování, a to i v případě, že je jeho názor v očividném rozporu s realitou (Warfield, Bajwa, 2004).

Stejně důležité je i to, jak si pacient bolest vysvětluje. Pokud v ní vidí ohrožení nebo ji považuje za výsledek toho, že se jeho stav zhoršuje, má tendenci ji vnímat jako mnohem silnější (Warfield, Bajwa, 2004). Úkolem psychologů, popřípadě lékařů, zde je zejména to, aby pacientovi pomohli změnit jeho maladaptivní postoje k bolesti a názory na ni a pomohli mu vytvořit nové, prospěšnější.

Velmi důležitou roli zde hraje, dle mého názoru, také strach. Strach u většiny pacientů vychází z nejistoty. Pacient trpí, ale ve svém utrpení nevidí smysl. Vzhledem k tomu, že neví, zda bolest někdy skončí, často se bojí toho, že jí bude trpět až do smrti. Strach také posiluje fakt, že není jisté, zda se bolest nebude zhoršovat. S tématem bolesti se samozřejmě velmi silně pojí i téma umírání. Každá bolest odkazuje ke smrti a smrt vyvolává strach. Každá nemoc nás upozorňuje na naši smrtelnost. Dle mého názoru je tento apel největší u chronické bolesti. Domnívám se, že je to právě kvůli pocitu toho, že bolest bude trvat již napořád a že se bude jen zhoršovat. Kromě strachu ze smrti chronická bolest vyvolává také strach z invalidity, strach ze ztráty vlastního významu a strach z toho, že člověk bude na obtíž svému okolí.

Velmi silným terapeutickým prvkem je podle mě naděje. Terapeut by se měl snažit o to, aby pacient stále cítil naději v to, že se jeho potíže mohou zlepšit. Vzhledem k tomu, že u většiny pacientů již ale mnohokrát došlo ke zklamání nadějí, je nutné dávat pozor na to, abychom se nedostali do pozice, kdy nebudeme moci naše sliby splnit, kdy budeme dávat falešnou naději. Lékaři mají ve zvyku vynášet jednoznačné soudy. Nedávat naději, ale jistotu. Ujistí pacienta o tom, že léčba zabere a pokud tomu tak není, často jsou zmatenější než sám pacient. Bohužel není výjimkou, když takový lékař obviní pacienta z neúspěchu léčby, čímž

může výrazně přispět k jeho depresím. Podle mého názoru i zkušeností, spíš než jistotu zlepšení, je dobré dávat pacientovi naději na to, že se jeho problémy mohou zmenšit.

6.3. Kulturní vlivy

Různé kultury mají velmi různý přístup k hodnotám a k tomu, za jak důležité je považují. Ukazuje se také, že i názory na bolest se velmi liší (Melzack, 1978). To by nebylo až tak překvapující. Co je ale zajímavější, liší se také prožívání bolesti. Jen stěží je možné argumentovat tím, že by lidé z různých částí světa měli tak odlišný způsob vedení bolestivých vzruchů, který by vysvětloval tuto rozličnost. Melzack také dokázal, že rozdíl není ani ve vnímání bolesti jako takové, neboť práh cití, tedy to, kdy začneme podnět, a tedy i bolest, vnímat se nemění s etnikem, ani kulturou. Co se ale mění je interpretace tohoto cití, tedy to, v jaký moment začne být impuls o zvětšující se intenzitě vnímán jako bolestivý. (1978)

Dobrym příkladem mohou být třeba porodní bolesti, se kterými se setkávají ženy na celém světě. V západních zemích jsou porodní bolesti vnímány jako velmi silné a západní medicína se dlouhou dobu snažila a stále snaží najít způsob, jak je mírnit bez negativního vlivu na průběh samotného porodu. Je ale známo mnoho kultur, kde porod probíhá pro ženu zcela bezbolestně, nebo dokonce kultury, kde porodní bolesti prožívá muž, zatímco žena nikoli (Kroeber in Melzack, 1978). Melzack tuto zjevnou diskrepanci vysvětluje tím, že v naší kultuře se ženy a dívky strachu z porodu v podstatě učí (Melzack, 1978). Domnívám se, že k tomu může přispívat i to, že v naší kultuře porody probíhají, nebo alespoň donedávna probíhaly, pouze v nemocnicích, což mohlo vědomě či nevědomě u rodiček vyvolávat pocit strachu a ohrožení.

Dalšími příklady toho, jak kultura ovlivňuje vnímání bolesti jsou například různé obřady, při kterých dochází k různým zraňováním, jako například přibíjení na kříže nebo zavěšování na háky, při kterých aktéři často necítí buď žádnou bolest, nebo cítí bolest menší, než bychom očekávali. Obdobně je pravděpodobné, že i my máme zvyklosti, které nám přijdou obvyklé a u kterých nezažíváme bolest, ale které by byly bolestivé pro lidi z jiných kultur.

6.4. Význam situace

Na to, jak bude bolest prožívána má velký vliv to, v jaké situaci přichází. Zdá se, že člověk hodnotí signály z kůže s přihlédnutím k tomu, v jaké situaci k němu přichází. Například, je-li dítě plácnuťo po zadečku v rámci hry, nemusí to u něj vyvolat žádnou reakci,

nebo reakce může být i pozitivní. Pokud je ale stejně plácnuťo za trest, bude tuto ránu vnímat jako bolestivou. Melzack demonstruje, že podobné závěry vyplývají i z prací Pavlova. Pokud stimuloval psovi packu elektrickým proudem, pes projevoval typické chování pro bolest, pokud to ale dělal dostatečně dlouho a bezprostředně po stimulaci dal psovi jídlo, přestal postupně pes na stimulaci reagovat bolestivě. Pokud ovšem došlo ke stimulaci jiné packy, proces se opakoval od začátku. Nešlo tedy o to, že by si pes na stimulaci zvykl. (1978)

Na situaci je důležité zejména to, jak moc pacient pocity vnímá jako ohrožující, tedy čím více ohrožující se pro něj zdají, tím spíše je bude vnímat jako bolestivé a také to, jak anticipuje možnost jejich zmírnění (Warfield, Bajwa, 2004).

6.5. Pozornost

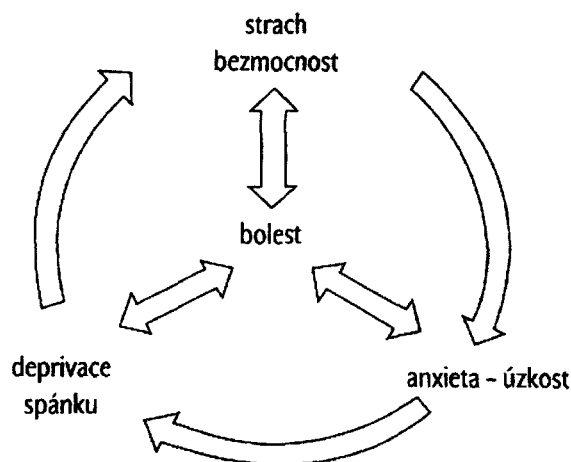
Schopnost našeho vědomí vnímat podněty je omezená. Je tedy jen logické, že pokud na člověka v jednu chvíli působí více podnětů než kolik dokáže zpracovat, dochází k tomu, že některé se do vědomí nedostanou. To se může stát i s bolestí, pokud je pozornost člověka obrácena někam jinam. Jsou dobře známé případy sportovců, kteří během sportu utrpěli zranění, která se obvykle pojí se značnou bolestí aniž by si toho všimli. Bolest si uvědomili až ve chvíli, kdy na to „měli čas“, tedy ve chvíli, kdy se jejich pozornost mohla k tomuto faktu vrátit. Právě na základě manipulace s pozorností fungují některé hypnotizační techniky, které pomáhají bolest překonávat.

6.6. Úzkost

Úzkost a strach z bolesti člověku nedovolují to, aby svoji pozornost zaměřil jiným směrem, ale naopak ho nutí k tomu, aby bolest vnímal. Výzkumy ukazují, že pokud člověk očekává bolest, je také pravděpodobnější, že ji bude skutečně cítit (Melzack, 1978). Samozřejmě, tento fenomén funguje i opačně, a tak, pokud se nám povede před potenciálně bolestivým zákrokem snížit pacientovu úzkost, je pravděpodobnější, že bolestivost zákroku nebude tolik vnímat. Melzack se domnívá, že tento mechanismus může být součástí účinku placebo na bolest (Melzack, 1978).

V souvislosti s úzkostí a bolestí mluví Janáčková o tzv. „Bludném kruhu bolesti“, kde na sebe vzájemně působí strach, úzkost z očekávání bolesti a deprivace spánku. Tyto tři fenomény se nesporně pojí s bolestí a vzájemně se potencují. Bez léčby je tento kruh pro pacienta velmi těžké prolomit. Díky tomu, že jednotlivé složky se vzájemně umocňují – čím větší je strach a úzkost, tím větší jsou problémy se spánkem a spánková deprivace ovlivňuje

mimo jiné i prožívání bolesti a strach z ní – záleží také na tom, jak dlouho u pacienta tento bludný kruh funguje. (2007)



Obr. 4 Bludný kruh
Převzato z Janáčková 2007

Právě kvůli silnému vlivu emocí, ale i strachu, úzkosti a do značné míry i životosprávy, na vznik a udržování bolesti, je při jejím zvládnutí účinná zejména psychoterapie, a to jak metody relaxace a hypnózy, tak konvenční individuální nebo rodinná terapie (Janáčková, 2007).

6.7. Deprese

Pacienti mají také velmi často pocity, že nemohou bolest nijak ovlivnit. Že je mimo jejich kontrolu. Ve většině případů se snaží vyzkoušet různé možnosti léčby. Nejprve ty konzervativní, pak, pokud tyto zklamou, se obrátí k alternativním metodám. Je smutné, že když pacienti vyhledají psychologickou pomoc, je to nejčastěji právě v tomto období, pokud vůbec. Pokud ani alternativní formy léčby neuspějí, pacienti velmi často upadají do těžkých depresí. V takovém případě hrozí, že se přestane aktivně snažit vyhledávat pomoc a spolupracovat na ní, často se jen oddává své bezmoci, což je zcela jistě pochopitelné, ale možnost, že tento postoj povede k uzdravení, je při nejlepším nízká. Pro pacienta je také velice složité zaměřit svoji mysl jinam než na bolest. Ve většině případů pacienti udávají, že kvůli své bolesti nemohou myslet na nic jiného. To samozřejmě opět zvětšuje nebezpečí upadání do depresí.

Další komplikací, kterou sebou deprese nese, je to, že při ní dochází k poklesu hladiny serotoninu v organismu. Serotonin je mimo jiné i součástí endogenního systému modulace

bolesti (Janáčková, 2007). Deprese tedy na bolest působí negativně jak na rovině psychické, tak na rovině endokrinologické.

Chronická bolest na vznik deprese působí i tím, že lidé, kteří jí trpí často, musí opustit své zaměstnání a v mnoha případech se také stahují ze společenského života. Díky izolaci, do které se dostávají, propadají pocitům vlastní zbytečnosti a neužitečnosti, což ještě více zhoršuje jejich sebepojetí.

7. Měření bolesti

V klinické praxi se často naráží na problém toho, jak bolest kvantifikovat. Je pro nás často důležité zjistit, jak moc to pacienta bolí, ale způsob jak toto sdělit je velmi problematický. Při zjišťování bolesti se ptáme zejména na dvě věci. Na to, jak moc to bolí a na to, jak to bolí. Kvalita bolesti je velmi často sama o sobě diagnostickým vodítkem. Pro účely mé práce ovšem bylo důležitější zjišťovat míru bolesti, neboť podle toho jsem se snažil určovat úspěšnost léčby. Křivohlavý ve své knize uvádí několik způsobů, jak velikost bolesti měřit (Křivohlavý, 1992), nicméně pro praktické využití jsou mnohé z nich příliš náročné a zatěžující jak pro klienta tak i pro vyšetřujícího a dle mého názoru najdou své uplatnění spíše ve výzkumech než v praxi. V praxi se nejčastěji pro svoji praktičnost a nenáročnost používá škálování bolesti (Knotek, ústní sdělení, 2006).

Břicháček ve své knize píše: „Škálování je jedna z forem kvantifikace psychologických procesů, a to převážně takových, které se nemohou stát předmětem fyzikálního měření“ (Břicháček, 1978, str. 9). Značnou nevýhodou škál je to, že informace, které jimi získáme jsou značně subjektivní a je tedy nemožné porovnávat výsledky různých probandů mezi sebou (Břicháček, 1978). Vzhledem k tomu, že v mé práci ale nejde o porovnávání dat jednotlivých probandů, ale jen o porovnávání vývoje u každého jednotlivce, domnívám se, že tento problém není pro mne příliš omezující.

Škály pro měření bolesti jsou vždy konstruovány tak, že na jednom konci je údaj „žádná bolest“ na druhém pak údaj buď „největší představitelná bolest“ nebo podobně znějící formulace bolest (Křivohlavý, 1992). Vyšetřovaný je pak požádán, aby na této škále umístil svoji. V praxi jsem se setkal se dvěma provedeními těchto škál.

První je jednodušší pro administraci, neboť je přesně dáno, že je 11-ti bodová, přičemž 0 označuje „žádnou bolest“ a 10 označuje „maximální možnou bolest“. Pacient pak volí, které číslo odpovídá jeho bolesti. Tato metoda je snazší v tom, že může probíhat zcela verbálně a pacient má jasnou představu o tom, co který stupeň znamená. Na první pohled je také jasné,

zda se bolest změnila. Nevýhodou této metody je to, že tato škála neumožňuje jemnější diferenciaci. Bolest sice může být stále na 2, ale i přesto může kolísat.

Druhou možností, pro kterou jsem se ve své práci rozhodl i já, je metoda zvaná VAS, tedy visual-analogue scale. U této metody dostane klient předtištěnou úsečku, která je buď vodorovná, nebo stoupá pod úhlem přibližně 45°. Počátek této úsečky je definován jako žádná bolest a konec je definován opět jako buď „maximální bolest“, nebo „největší představitelná bolest“. Klient má pak za úkol vyznačit na přímce, kde se právě nachází. Výhodou zde je zejména to, že je možné pozorovat sebemenší změnu v prožívání klienta. Nevýhodou zde je, že klient nemá k dispozici své předešlé odpovědi, a tak může dojít ke zkreslení údajů, které může vycházet například ze změn nálady klienta nebo jeho postoje k léčbě, aniž by došlo ke změně v prožívání bolesti.

8. Péče o pacienty s bolestí v ČR

Vzhledem k tomu, jak komplexním jevem bolest je, začala i v České republice vznikat centra zaměřená zejména na práci s ní. V těchto zařízeních společně pracují odborníci jak z řad lékařů, tak i psychologové, fyzioterapeuti a další nelékařští pracovníci. V České republice má péče o pacienty s bolestí strukturu sestávající ze 4 stupňů, které jsou oddělené podle toho, jak jednotlivá zařízení splňují standardy IASP (Janáčková, 2007). Takto jejich strukturu podává Janáčková:

Na vrcholu této hierarchie jsou **centra léčby bolesti**. Centra bolesti jsou většinou zřizována při fakultních nemocnicích a sdružuje se v nich výuková, výzkumná a klinická činnost. Tato zařízení mívají často lůžkové i ambulantní oddělení. Tým, který zde pracuje se skládá většinou z lékařů, přičemž lékaři by měli být při nejmenším ze tří různých odborností, a dále z psychologů, sester, rehabilitačních a sociálních pracovníků a mohou zde být zastoupeny i další profese jako například právníci nebo duchovní.

Dalším stupněm jsou **oddělení léčby bolesti**, které se podobají centrům léčby bolesti a jediným rozdílem je to, že neposkytují výuku a neprovádějí výzkum.

Především pro ambulantní léčbu bolesti jsou určeny **poradny pro léčbu bolesti**. V poradnách většinou nepracuje multidisciplinární lékařský tým. Tato zařízení bývají často specializována na chronické bolesti určité části těla nebo na určitou příčinu vzniku bolesti. Poradny bývají součástí zdravotnického zařízení, ale mohou fungovat také jako izolované ordinace.

Posledním typem zařízení, které se zabývá pacienty s bolestí jsou **ordinace pro léčbu bolesti**. V těchto zařízeních nebývá zajišťována multidisciplinární péče a většinou jsou zaměřena na jeden typ léčby, například akupunkturu nebo hypnózu. (2007)

8.1. Přehled hlavních center bolesti v ČR

Janáčková ve své knize uvádí tento výčet hlavních center bolesti v republice:

- Oddělení léčby bolesti a paliativní medicíny, FN Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno, tel. 532232797
- Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, Jáchymovská 286, 460 10 Liberec 10, tel. 485151398
- Centrum pro léčbu bolesti KARIM, VFN Praha, U nemocnice 2, 128 08 Praha 2, tel. 224962817
- Centrum pro léčbu a výzkum bolestivých stavů, FN Motol, V Úvalu 84, 150 06, Praha 5, tel. 224435583
- Centrum pro léčbu bolesti. FN Bulovka, Budínova 2, 1800 00 Praha 8, tel. 266082242
- Centrum pro léčbu bolesti, FN Královské Vinohrady, Šrobárova 50, 100 34, Praha 10, tel. 267163287
- Oddělení léčebné rehabilitace a léčby bolesti, Poliklinika Prosek, Lovosická 40/440, Praha 9 Prosek, 190 00, tel.: 266010223
- Centrum pro studium a léčbu bolestivých stavů, AKR FNsP Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 00 Ostrava, tel. 59737392
- Centrum léčby bolesti, AKR FN Plzeň, Alej svobody 80, 305 99 Plzeň, tel. 377104960

Převzato z: Janáčková, 2007; upraveno autorem

ODDÍL 2.

HYPNÓZA

Pokud dnes řekneme široké veřejnosti slovo hypnóza, většině lidem vytane na mysl jméno Grigorij Jefimovič Rasputin, nebo obecně vysoký pohublý muž s démonickým vzezřením a srostlým tmavým obočím, který během kabaretního vystoupení uvede figurantku do stavu ztuhlosti tak hlubokého, že ji potom může položit mezi dvě židle, tak že se jednoho opěradla bude dotýkat týlem hlavy a druhého kotníky nohou. Často si hypnózu spojí s tím, co znají z filmů, tedy, že během hypnózy hypnotizér zcela převezme vládu nad člověkem a z něj se stává jen poslušná loutka, která si pak nepamatuje na nic, co se během hypnózy dělo. Někdy bývá hypnóza spojována s magií a zázračným působením na člověka a okamžitým vyléčením všech jeho potíží.

Vzhledem k těmto představám není ani moc divu, že získat klienty, kteří by byli ochotni podstoupit hypnoterapii není příliš snadné a přesvědčit odborníky z řad lékařů o tom, že tato metoda není jen laciný trik pro pobavení, bývá často komplikované. Pravdou je ovšem i to, že v poslední době zájem odborné veřejnosti o tento fenomén roste a tak roste, i když pomalu, i informovanost o něm.

I já jsem se s tímto fenoménem seznámil nejdříve cestou spíše populární, ale jak jsem se snažil čím dál více se dostat „k jádru věci“, stále více jsem viděl, že hypnóza je metoda, která může praxi mnohé nabídnout. Bylo pak pro mě poměrně nemilým překvapením, když jsem zjistil, že její využití je dnes spíše okrajové. V této práci bych rád podal důkazy o tom, že tato metoda, ač určitě není dokonalá, může být velmi účinným prostředkem pomoci ostatním. V tomto oddíle se budu hypnóze věnovat spíše teoreticky a doufám, že se mi podaří ukázat, že tato metoda má rozhodně svoji váhu.

Je pravda, že lidstvo zná hypnózu již velmi dlouho. Je také pravdou, že za tu dobu toho o ní mnoho nevíme. To je pro některé odborníky dost dobrým důvodem pro to, aby hypnózu jako metodu odmítali. Buďme ale sebekritičtí. Kolik je fenoménů, o kterých můžeme říci, že je opravdu známe do detailů a že jim rozumíme? V minulém oddílu této práce píší o bolesti. Ačkoli toho o ní víme mnoho, stále je tu spousta věcí, kterým nerozumíme. To ale neznamená, že bolest neexistuje, nebo že to není relevantní objekt našeho zájmu. Z vlastní zkušenosti vím, že je velmi těžké odpovédět klientům na to, co to hypnóza je. Zajímám se o ni již několik let a intenzivně s ní již přes dva roky pracuji a stále na tuto otázku neumím

odpovědět. Důležité ale je, že se nedomnívám, že je odpověď na tuto otázku pro klinickou praxi nějak obzvláště důležitá. Hypnoterapie je jako jakákoli jiná psychoterapie. V podstatě nevíme, proč našim klientům pomáhá, ale víme, že tomu tak je.

1. Úvod

Fenomén hypnózy je velmi široký a v této práci se rozhodně nechystám podat jeho zcela vyčerpávající obraz, neboť to by svým rozsahem dalece přesáhlo možnosti této práce. Mým záměrem bude nastínit, co to hypnóza vlastně je, jaký byl vývoj jejího užívání a zejména možnosti a omezení jejího využití v terapii. Na začátku této části uvedu několik teoretických kapitol, které budou mít za cíl seznámit čtenáře s hypnózou a jejím vývojem obecně. Domnívám se totiž, že toto teoretické vymezení bude důležité pro pochopení některých odkazů v dalším textu. Druhá část pak bude věnována praktickému využití hypnózy, zejména pak v terapii. Zvláště se zaměřím na využívání hypnózy v terapii bolesti. Tuto část práce pak uzavře kapitola o ericksonovském přístupu k hypnóze. Stejně jako u psychoterapie, i u hypnoterapie platí, že neexistuje jen jeden přístup, ale hned několik pojetí toho, co to hypnóza je a toho, jak ji využívat. Já jsem pro sebe zvolil tzv. ericksonovský přístup, takže nevyhnutelně budu této škole hypnózy věnovat největší část této práce. Pokusím se ale nastínit i jiné důležité směry a porovnat je.

Při četbě literatury, která se hypnózou týká, jsem narazil na problém názvosloví. Mnozí autoři používají termíny jako *hypnotický stav*, *hypnóza* nebo *hypnotický trans*. Pro účely této práce jsem se rozhodl, že tyto tři nejobvyklejší termíny budu vnímat jako synonyma, neboť se mi nepodařilo nalézt mezi nimi významný rozdíl, popřípadě tento rozdíl není konsistentní mezi autory. Stejný názor na používání těchto termínů má i Zíka (1992).

Stejně jako v minulém oddíle, i v tomto budou některé kapitoly a podkapitoly napsány menším písmem. Rozhodl jsem se tyto kapitoly do práce zahrnout, neboť si myslím, že mohou být pro čtenáře zajímavé, nicméně nejsou nezbytné pro pochopení kontextu celé práce.

2. Historický vývoj

V této kapitole se pokusím alespoň zevrubně popsat, jakým vývojem prošla hypnóza a její používání od jejích začátků až po dvacáté století s tím, že o moderních teoriích a současných pojetích hypnózy bude pojednáno dále. V této kapitole uvidíme, že hypnóza prošla obdobím jak nekritického využívání tak i kritického vědeckého zkoumání, jak obdobími velké slávy, tak i obdobími úpadku.

Hypnóza a využívání transů obecně je lidstvu známo již velmi dlouhou dobu. Již z antického Řecka se dochovaly zprávy o léčivém spánku, který s největší pravděpodobností fungoval na základě hypnózy (Zíka, 1992). Trans ovšem nesloužil pouze k léčení, ale byl také užíván pro účely náboženské. Různé přírodní národy používaly a stále používají různé způsoby, jak transu dosáhnout. Zmínit můžeme například užívání psychotropních látek mezoamerickými indiány, kteří se do transů dostávali během tzv. pejetlových slavností pomocí psychotropních látek (Klapšťová, Krátký, 2001), rytmickou hudbu, tanec a bubnování některých afrických národů nebo meditaci (Zíka, 1992).

Za objevitele moderní hypnózy je považován vídeňský lékař Franz Anton Mesmer (1734 – 1815). Mesmer byl vystudovaným lékařem a velmi se zajímal o astronomii. Snažil se zjistit, jak na lidské tělo působí vesmírná tělesa. Do historie se zapsal teorií živočišného magnetismu. Nejprve při své práci používal magnety, později zjistil, že magnetismus vyzařuje i člověk sám. Dnes se má za to, že Mesmerovy úspěchy v léčbě byly způsobeny spíše sugescemi, nežli magnetismem. To ale Mesmer ve své době silně odmítal. (Zíka, 1992)

V roce 1784 byl Mesmer prohlášen podvodníkem francouzskou královskou komisí, která byla sestavena aby zkoumala jeho metodu (Hoskovec, Hoskovcová, 1998). Tím ovšem došlo k tomu, že byl vědeckou veřejností odmítnut ne jen živočišný magnetismus, ale i využití sugescí pro léčbu obecně.

Pojem hypnóza pochází od Jamese Braida (Hoskovec, Hoskovcová, 1998). Toto slovo je odvozeno od Řeckého boha spánku Hypna. Tento název je poněkud nešťastný, neboť v hypnóze se o spánek nejedná. Braid kromě spánku také zdůrazňoval to, že v hypnóze odchází ke koncentraci pozornosti.

Dalšími z průkopníků hypnózy na přelomu 19. a 20. století byli Jean-Martin Charcot, který působil dlouhou dobu ve francouzské nemocnici Salpêtrière, jeho student Sigmund Freud, který se pomocí hypnózy snažil léčit hysterii nebo Hippolyte Bernheim, který se stal společně s Ambroisem-Augustem Liébeaultem zakladatelem tzv. Nancijské školy hypnózy (Wikipedia, 2009).

O zásadní oddělení hypnózy od magnetismu, ale také obecně od mystiky a okultních věd se zasloužil německý sexuolog a neurolog Albert Moll (Hoskovec, Hoskovcová, 1998). Tento krok byl pro vývoj hypnózy velmi důležitý. Většina kritiky hypnózy a sugescí totiž stále vycházela zejména z kritiky Mesmera a jeho teorie, která byla již dříve zpochybněna.

Ve Spojených státech amerických se výzkumem hypnózy zabýval zejména Clark Leonard Hull, který v roce 1933 vydává knihu o experimentálním zkoumání hypnózy (Hoskovec, Hoskovcová, 1998).

Na počátku dvacátého století se hypnóza dostává do popředí zájmu jak vědců tak i praktiků a začínají vycházet specializované časopisy o hypnóze.

3. Definice hypnotického transu

Věřím, že nyní je nasnadě pokusit se definovat, co to vlastně hypnóza nebo hypnotický trans je. Opět se pokusím shrnout názory starší, které jsou ale často nezbytné pro pochopení názorů moderních, neboť mnohé z dnešních koncepcí z nich přímo či nepřímo čerpají.

Podstatu hypnotického transu je velmi těžké definovat. V minulosti se o to snažilo mnoho odborníků a docházeli k velmi různým názorům. Některé z nich jsou dnes již považovány za mylné, většina má ovšem stále své příznivce.

První část této kapitoly se bude věnovat názorům, které vznikaly během 18., 19. a začátku 20. století. Ačkoli mnohé z těchto názorů jsou již překonány, často z nich vycházely názory nové, které využíváme dodnes. Není-li v textu uvedeno jinak, vychází tato část ze Zíka, 1992.

3.1. Hypnóza jako spánek

Toto pojetí je pravděpodobně nejstarším. Jeho základy vidíme již v 18. století u portugalského kněze jménem José Custódio de Faria. Dle jeho názoru vstupuje člověk během

hypnózy do stavu „bdělého spánku“ tím, že se koncentruje na vlastní myšlenky a odpoutává se od okolí. Během tohoto stavu dochází u hypnotizovaného ke ztrátě vůle a vnitřní svobody. Na rozdíl od Mesmera, jehož přístup dříve zastával, Faria tvrdí, že výsledek hypnotizace závisí spíše na hypnotizovaném než na hypnotizérovi. Popírá také to, že výsledek hypnózy je způsoben vnější energií a mluví o síle sugescí.

Dalšími, kteří tuto teorii zastávali byli James Braid, který dal hypnóze její jméno a Ivan Petrovič Pavlov

3.2. Trans jako choroba

Jean-Martin Charcot považoval hypnotický trans za stav podobný hysterii. Své výzkumy prováděl na skupině žen hospitalizovaných v nemocnici Salpêtrière. I přes to, že viděl trans jako fenomén podobající se chorobě, nepochyboval o možnostech jeho využití při léčbě. Jeho teorie hypnózy byla slině neurologicky zaměřená.

3.3. Trans jako sugestibilita

Francouzský lékař Ambroise-August Liébeault vysledoval, že hypnotický trans je vyvolávaný pomocí sugescí. Byly to sugescie, co podle jeho názoru dostávalo hypnotizovaného do stavu, podobného spánku. Sugescie, které používal také přímo na spánek odkazovaly.

Jeho práci rozpracoval později jeho obdivovatel Hippolyte Bernheim. Právě Bernheimovi se přičítá vytvoření názoru, že hypnóza stojí na psychologických základech. Bernheim také silně brojil proti tomu, aby byl hypnotický stav považován za patologický ve smyslu, jak ho líčil Charcot.

3.4. Trans jako disociace

O hypnóze jako stavu, kdy podvědomí vystupuje do popředí a provádí poznávací funkce, které v běžném stavu náleží vědomí, mluvil jako první Pierre Janet. Dal také základy moderní teorii disociace, kterou později doplnil Hillgard, a to, že disociace je proces, při němž dochází k oddělení myšlenek od normálního fungování osoby a tyto myšlenky se stávají nezávislými. Janetovo pojetí podvědomí se zcela rozchází s pojetím nevědomí psychoanalytickým. Janet tvrdí, že podvědomí je píše moudré a má snahu pomáhat. Tuto teorii později převzal a rozvinul Milton Erickson.

3.5. Hypnóza jako stav uvolnění

Francouzský hypnotizér Charles Baudouin tvrdí, že pro to, aby se člověk dostal do stavu zvýšené sugestibility, kdy mu mohou sugescie pomáhat, je pro něj nezbytné, aby zároveň potlačil veškerou námahu a snahu a zároveň aby fixoval svoji pozornost. Očividný rozpor mezi těmito dvěma pokyny řeší tím, že u svých klientů požaduje naprosté uvolnění, které s potlačením námahy pomáhá (Baudouin, 1924).

Tento stav uvolnění je podle Baudouina dostačující k tomu, aby si hypnotizovaný mohl zadávat sám léčivé autosugesce, není však plně dostačující pro rozvoj plné hypnózy nebo pro použití heterosugescí. Nicméně, podle něj jsou to právě autosugesce, které mají největší léčebný potenciál a úkolem terapeuta je zejména to, aby v klientovi vyvolal víru v účinnost autosugescí a aby ho tyto autosugesce naučil používat. (1924)

Na začátku první poloviny 19. století došlo k výraznému úpadku zájmu o hypnózu a to zejména díky tomu, že do popředí v psychologii se postupně dostaly směry psychoanalýza a behaviorismus. Freud, dříve žák Charcota, sice hypnózu využíval, ale později se toho vzdal. Tím bylo téma hypnózy na dlouhou dobu pro psychoanalýzu uzavřeno.

Další směr, behaviorismus, se v psychologii zaměřoval zejména na to, co bylo dobře měřitelné a kvantifikovatelné. Ačkoli se Clark Hull snažil navrhnout přístroje, které by ji byly schopné objektivně měřit (Hoskovec, Hoskovcová, 1998), nezískala si hypnóza nikdy příliš velký zájem behaviorální psychologie.

4. Současná pojetí hypnózy

Zíka shrnuje současná pojetí následovně. Z psychoanalytické tradice vychází pojetí hypnózy jako regrese, tedy návrat zpět do primitivnějšího stavu, kde je potlačena racionalita a je zdůrazněn přenosový vztah k hypnotizérovi. Tuto teorii zastával například Fromm, Shor nebo Kris. Behavioristická tradice v čele s Clarkem Hullem dala vzniknout pojetí hypnózy jako naučené vlastnosti. Vychází přitom velmi silně z teorií učení. Někteří odborníci do teorie hypnózy vnáší sociálně psychologický aspekt, když hypnózu vysvětlují jako hraní role hypnotizovaného. Jiní vidí hypnózu jako motivované pohlčení, které vychází z toho, že hypnotizovaný je motivován k tomu, aby plnil sugescie. V jeho teorii je tedy hypnóza v podstatě volní a vědomou záležitostí. (1992)

Za zmínku stojí také teorie, která tvrdí, že hypnóza je v podstatě řízená psychopatologie. Tato teorie de facto navazuje na představy Charcota. Jakkoli zvláště toto tvrzení může znít, pokud se zamyslíme nad fenomény, které v hypnóze a hypnoterapii používáme, zjistíme, že tento výrok není daleko od pravdy. Věková regrese, anestezie, analgesie, různé iluze a halucinace, to vše jsou ve své podstatě jevy patologické. Přesto je v hypnoterapii používáme k tomu, abychom klientovi pomohli.

Velmi zajímavou se mi zdá teorie, kterou u nás zastává Bob. Ta vychází z předpokladu, že hypnóza souvisí s disociací, jak tvrdil již Janet. Dále tvrdí, že během disociace (ať již patologické nebo jiné) se mozek člověka dostává do většího chaosu. Tento fakt pak dokládá na neurologických studiích (Bob, 2007 a). Dále předpokládá, že čím více je systém chaotický, tím náchylnější je ke změnám. Jinými slovy, čím je systém chaotičtější, tím menší podnět stačí, aby nastala změna. Pokud tedy uvedeme člověka do hypnotického stavu, kde dochází k disociaci, stává se mysl chaotičtější a díky tomu i náchylnější ke změně. Díky tomuto zcitlivění pak na člověka mohou působit sugesce, které by za běžného (tedy nikoli hypnotického) stavu efekt neměly. (2007 a, b)

Kratochvíl definuje ve své knize hypnózu jako zvláštní psychický stav s těmito charakteristikami:

1. Zvýšená sugestibilita
2. Změněný stav vědomí, který umožňuje pohlcení sugerovanými zážitky a prožívání změn vnímání, myšlení, emocí, chování a paměti jako subjektivně reálných a mimovolních
3. Selektivní vztah závislosti na hypnotizérovi

(2001)

Freemanová hovoří o teorii hypnózy, která vychází ze sociální psychologie. Podle ní je hypnóza výsledkem sugestibility, pozitivního naladění a očekávání klienta. Hypnóza tedy není považována za stav nebo dokonce za změněný stav vědomí, ale za formu interakce mezi hypnotizérem a hypnotizovaným. (2004)

Ačkoli každá z těchto teorií má zajisté část pravdy, domnívám se, že hypnózu tak, jak jsem se s ní setkal, nejlépe popisuje přístup, který byl založen již Janetem a rozpracován Hilgardenem, tedy, že hypnóza je založena na disociaci. Disociací zde rozumíme oddělení obvyklého vědomého plánování a monitorování. Díky tomu je jedinec mnohem více kritický ke svému okolí a mnohem méně kritický k hypnotizérovi a tedy i k tomu, co mu hypnotizér nabízí. Díky tomu mohou vznikat fenomény jako negativní halucinace, kdy hypnotizovaný nevnímá reálně existující objekty, pokud je mu to sugerováno.

5. Využití hypnózy v terapii

V dnešní době se již málokdy stává, že by hypnóza byla brána jako zdroj zábavy, ale spíše se s ní setkáváme jako se způsobem, jak pomáhat a léčit. Možností, jak hypnózu terapeuticky použít je nesmírně mnoho a nedělám si nárok na to, že bych je byl všechny schopen zmínit v této kapitole. Rád bych se ale změřil alespoň na některé z nich a ukázal tak, do jaké míry může být hypnóza prospěšná.

Kratochvíl ve své knize popisuje dva základní způsoby, jak je možné hypnózu použít v terapii. Zaprvé je to prosté využití hypnózy jako takové, kdy léčebný účinek má zejména klid a uvolnění, které je v tomto stavu přítomné. Druhým, více používaným způsobem je využití hypnózy k tomu, aby posílila sugesce, které hypnoterapeut dává klientovi. Zde je možné se zaměřit buď na konkrétní problém, který se pomocí hypnózy zvládá, nebo zadávat sugesce obecné, vedoucí k obecnému zlepšení stavu. (2001)

5.1. Oblasti využití hypnózy v terapii

Hypnóza má v terapii velmi široké využití a množství potíží, při jejichž zvládání může být použita, je ohromné. Tato práce se sice zabývá zejména tím, jak je možné využít hypnózu při zvládání bolesti, nicméně pro zájemce zde uvedu krátký přehled alespoň některých odvětví, v nichž byla hypnóza s úspěchem používána. Není-li v textu uvedeno jinak pochází citace z: Kratochvíl, 2001

Kratochvíl ve své knize uvádí poměrně vyčerpávající výčet stavů, diagnóz a obtíží, u kterých bylo dokumentováno terapeutické využití hypnózy s pozitivním výsledkem. Nepovažuji za nezbytné vypsát zde všechny, ale rád bych zmínil několik příkladů pro ilustraci toho, jak účinnou metodou může hypnóza být a zároveň abych alespoň částečně vyvrátil představu, že jasně biofyzilogicky definované fenomény, jako je například i bolest jsou hypnózou neovlivnitelné. O samotném využití hypnózy v léčbě bolestí se pak zmíním v samostatné kapitole, neboť toto téma si zaslouží, vzhledem k zaměření této práce, podrobnější popis.

Svůj výčet začíná Kratochvíl popisem práce s neurózou, neurastenii a hysterií a dostává se až k psychiatrickým diagnózám, jako mnohočetná osobnost. Ve většině těchto případů je hypnóza používána jako metoda podporující klasickou psychoterapii.

V následující části popisuje Kratochvíl možnosti zvládání astmatu, kardiovaskulárních poruch a vředových poruch. Zde je pozitivní vliv hypnózy dán zejména tím, že je možné s její pomocí pacienta zklidnit a navodit stav uvolnění.

V neurologii se s využitím hypnózy můžeme setkat zejména při zvládání různých poruch hybnosti a při křečích. V případě poruch hybnosti může hypnóza pomoci zejména s diferenciální diagnostikou funkčního poškození a konverzní poruchy. U křečí může hypnóza pomoci opět tím, že je pacient pod jejím vlivem zklidněn a zároveň může sloužit k návratu úkonů v tomto stavu.

Velmi známé je také využívání hypnózy v kožním lékařství, zejména při odstraňování exémů a bradavic. Zde autor uvádí, že výsledky se dostavily zejména v případech, kdy se na vzniku těchto potíží podílela psychická stránka.

Fenoménem, který je pro laickou veřejnost velmi lákavým, nicméně jehož užití v praxi je velmi limitované je navozování anestezie tak silné, že je dostačující pro operativní zákrok. Již z 19. století máme zprávy o využívání hypnózy ke zklidnění pacienta při operaci (Erickson, 1980 b). Britský lékař James Esdaile

používal metodu hypnotické, či mesmerovské anestezie při své práci v Indii. Dnes, v době, kdy jsou léky s anestetickým účinkem relativně dobře k dispozici tato metoda sice nemá již takové využití, přesto ale mohou nastat případy, kdy není možné navodit anestezii farmaky, nebo kdy je nutné podpořit tuto formu anestezie formou jinou. Je ovšem nutné zmínit, že dosažení takto hluboké anestezie v hypnóze je velmi náročné a spolehlivého výsledku se zdaleka nepodaří dosáhnout u všech pacientů.

Poslední oblastí, kterou zde uvedu je využití hypnózy v kosmetickém lékařství. Kratochvíl popisuje výzkum, kde byla pomocí hypnózy pacientkám zvětšována ňadra. Ačkoli tento výzkum prokázal úspěšnost této terapie, Kratochvíl sám vyjadřuje své pochyby.

6. Ovlivňování bolesti

Vzhledem k tomu, že aplikovaná část mé práce se zabývá právě využitím hypnózy při zvládání bolesti a fenoménů, které s ní souvisí, jako například strach z bolesti, budu tomuto tématu věnovat samostatnou kapitolu

Kratochvíl uvádí, že existují v podstatě tři složky bolesti, které můžeme ovlivňovat. Zaprvé je to *strach z bolesti*. Jak jsem již ukázal v předcházející kapitole, strach velmi mocně ovlivňuje to, jak bolest vnímáme. Pokud se nám tedy podaří v hypnóze strach z bolesti zmírnit nebo dokonce zcela odstranit, můžeme tak klientovi velmi prospět. Druhou složkou je *utrpení*, které se s bolestí pojí. V podstatě se zde jedná o to, jak pacient bolest vnímá a jak moc ho omezuje. Pokud se nám podaří ovlivnit toto strádání, pak pacient bude sice bolest dále cítit, nicméně jeho názor na to, jak moc ho bolest limituje se změní. Poslední oblastí je pak zmírňování *vnímání bolesti* jako takové. (2001)

Feuerstein udává tyto základní cíle hypnotického ovlivňování: Změna negativního vnímání bolesti, posilování pozitivního sebenáhledu, zlepšování přístupu ke zdraví a zavádění pocitů hluboké relaxace (Feuerstein et al, 1988).

6.1. Jak hypnóza pomáhá?

Pokud se rozhodneme použít hypnózu, je pro nás důležité položit si otázku, jak vlastně hypnóza může bolest ovlivnit. Pokud se nám podaří si na tuto otázku přesně odpovědět, budeme si více vědomi svých mezí v tom, jaké bolesti a u jakých pacientů můžeme ovlivňovat.

Hilgard a Hilgardová uvádí tři úrovně na nichž je možné pomocí hypnózy ovlivňovat bolest:

1. přímé sugesce na ovlivnění bolesti
2. změna prožívání bolesti i při tom, že bolest zůstává stejná
3. odvracení pozornosti od bolesti jiným směrem

(Hilgard, Hilgardová, 1994). Stojí možná za povšimnutí, že tyto tři úrovně ovlivňování v podstatě odpovídají Kratochvílově vymezení toho, co na bolesti můžeme zvládat.

Někteří autoři se domnívají, že účinek hypnózy spočívá v tom, že v tomto stavu se do krve vyplavují endokrinní látky jako ACTH, přírodní opiáty nebo beta-endorfiny, které jsou přirozenými blokátory bolesti. Tyto názory byly podpořeny i experimentálními výzkumy (DeBenedittis in Freeman, 2004). Podle této teorie by tedy hypnóza neovlivňovala přímo její vnímání, ale spíše práh vnímání bolesti.

Hilgard na mnoha výzkumech ukazuje, že ačkoli je úspěšně sugerována analgesie, subjekt si je stále bolesti vědom (např. Hilgard, Hilgardová, 1994). Carroll uvádí příklad, kdy byla subjektu ponořena ruka do velmi studené vody. Subjekt referoval, že tento podnět vnímá jako bolestivý. Když byl ponořen do hypnózy a byla mu sugerována anestezie, udával, že bolest necítí. Tento subjekt byl instruován v technice automatického psaní, což znamená, že pod vlivem hypnózy byl schopen psát na požádání čísla, která vyjadřovala velikost bolesti, kterou cítil. Došlo k paradoxní situaci, kdy subjekt na jednu stranu udával, že bolest necítí a na druhou stranu v rámci automatického psaní udával značnou bolest. (1992)

Z tohoto výzkumu jasně vyplývá, že i pokud je bolest v hypnóze odstraněna, přesto je, alespoň na nějaké úrovni, registrována.

Carroll tato zjištění vysvětluje tak, že bolest je sice stále registrována, nicméně díky vlivu sugescí jí není přikládán význam. Zdá se tedy, že hypnóza, podobně jako některá analgetika, například morfin, ovlivňuje zejména afektivní složku bolesti. (1992)

Jiní autoři jsou toho názoru, že hypnóza ulevuje od bolesti podobným způsobem jako placebo. Neodstraňuje tedy primární vjem bolesti, ale ovlivňuje sekundární komponenty bolesti, nejčastěji úzkost (Freeman, 2004). Otázkou ovšem zůstává, zda by takovéto ovlivnění stačilo k tomu, aby bylo možné provádět rozsáhlé operace za použití pouze hypnózou navozené anestezie.

Vzhledem k tomu, že vliv hypnózy na sekundární složky bolesti je neoddiskutovatelný, můžeme se domnívat, že hypnóza může působit na několika úrovních najednou. Domnívám se, že ovlivnění sekundárních složek jako je úzkost, strach a jiné je snazší než ovlivnění přímo vnímání bolesti, nicméně se domnívám, že existuje dostatek důkazů pro to, aby bylo možné konstatovat, že hypnóza dokáže ovlivnit i primární vnímání bolesti.

6.2. Výzkumy

V této části představím výsledky experimentálního bádání na poli ovlivňování bolesti pomocí hypnózy. Rozhodně se nejedná o celkovou rešerši, která by dle mého názoru zabrala mnohem více prostoru, než kolik je v této práci k dispozici. Na těchto výzkumech se pokusím demonstrovat, jak a s jakým úspěchem byla hypnóza používána ve zvládání bolesti, a to zejména chronických.

Liossi a Hatira použili hypnózu pro zmírnění bolesti a strachu při transplantaci kostní dřeně u 30 pacientů dětské onkologie. Bolest byla snížena stejnou měrou při použití hypnózy a kognitivně-behaviorálního tréninku, ale u skupiny, kde byla použita hypnóza došlo mimo to k signifikantnímu snížení úzkosti a strachu. (1999)

Gibson a Heap citují výzkum Eltonové, která porovnávala několik druhů terapie chronické bolesti. Jednalo se o pacienty, kteří trpěli chronickou bolestí v průměru asi 14 let a za tuto dobu nebyl nalezen způsob, který by jim poskytl úlevu. Pacienti byli rozděleni do 5 skupin. První byla léčena pomocí hypnózy, druhá pomocí biofeedbacku, třetí využívala psychoterapii a čtvrté bylo podáváno placebo. Poslední skupina byla kontrolní a tedy bez léčby. Pacienti hodnotili míru své bolesti před začátkem výzkumu a pak po 12 týdnech. Po této době došlo u skupiny, která prodělávala léčbu hypnózou a u skupiny, u níž byl použit biofeedback k signifikantnímu zlepšení. Zlepšení bylo větší u skupiny léčené hypnózou. Ostatní tři skupiny zůstaly bez zásadnějších změn. Po skončení výzkumu byla hypnóza a biofeedback s úspěchem použita i na tyto pacienty. (Elton in Gibson, Heap, 1991)

Kratochvíl ve své knize uvádí několik výzkumů, kdy bylo použito hypnózy ke zvládání bolesti. Největší část těchto výzkumů se týkala migrén. U všech zmiňovaných výzkumů došlo vlivem hypnotických sezení k redukci nebo vymizení bolesti, ačkoli účinnost hypnózy se u různých experimentátorů lišila. Rozdíl byl také v použitých sugescích. Ze zmíněných prací vyplývá, že na bolest působí jak sugesce přímé, tak nepřímé tak i sugesce založené na imaginaci. Podle tohoto autora mohou dokonce sugesce prospět i v případě, že nejsou fyziologicky přesné. Finský chirurg Cedercreutz používal u svých migrénou trpících pacientů sugesce toho, že se jejich ruce zahřívají, čímž se snažil snížit vasodilataci v hlavě tím, že krev odvede do periférií. Podle něj stálo v pozadí migrén právě přílišné zásobení mozku krví. Oproti tomu Hartland používal sugesce tepla do hlavy, které by mělo vést spíše ke zvýšení průtoku krve cévami a tedy migrénu zhoršovat. Jeho pacienti ovšem cítili úlevu také. (2001)

Pokud se ale podíváme na fenomén migrény blíže, zjistíme, že jak vasokonstrikce, tak i vasodilatace hrají ve vzniku migrény svoji roli (např. Mastík, 2004). Pak by bylo možné

použít obě tyto sugesce, tedy sugesce působící vazokonstrikci i sugesce působící vasodilataci s úspěchem. Domnívám se, že další možností je, že sugesce nepůsobí přímo na množství krve v mozku. Ve své praxi jsme měli dvě klientky s migrénou. Každá udávala, že jí pomáhá něco jiného. Jedné pomáhaly studené obklady, druhé teplé zábaly. Pro hypnotické sugesce jsem tedy vybral pro každou to, s čím měla zkušenost jako s příjemným. U obou měly sugesce pozitivní vliv.

Další výzkum byl prováděn Pattersonem a jeho týmem na pacientech popáleninového centra. 30 pacientů, kteří se zúčastnili výzkumu, bylo rozděleno do 3 skupin, z nichž první byla kontrolní. Zde pacienti dostaly pouze opioidovou medikaci. U druhé skupiny byla kromě srovnatelné dávky medikace použita i hypnóza. Třetí skupina byla tzv. placebo skupina. Pacienti zde opět dostali srovnatelné množství medikace a dále byli přesvědčeni psychologem, že byli hypnotizováni, ačkoli k hypnóze nedošlo. Psycholog s nimi ovšem strávil stejné množství času jako se skupinou, kde prováděl hypnózu (přibližně 25 minut) a čas věnoval zejména edukaci o popáleninové bolesti a podpoře. Na konci tohoto sezení provedl bdělé sugesce, které vydával za hypnózu. Všichni pacienti v této skupině uvěřili, že byli hypnotizováni. Účelem této studie bylo zjistit, zda jednorázová hypnotická sugesce může pomoci zmírnit vnímanou bolest při převazování popálených míst a zároveň, zda bude změna výsledkem pouze placebo efektu hypnózy. To by se prokázalo, pokud by druhá a třetí skupina zaznamenaly stejný výsledek v redukci bolesti. Velikost bolesti byla zjišťována metodou VAS. Výsledkem této studie bylo, že pacienti, kteří byli hypnotizováni zažívali během zákroku i po něm menší bolest než obě zbylé skupiny, kde se výsledky příliš nelišily. (1992)

Dvě protichůdné kasuistiky prezentuje Evans. V obou se jedná o ženy ve středním věku trpící chronickými bolestmi nezvladatelnými konvenčními metodami. Jejich psychologický profil byl podle MMPI podobný a vykazoval známky deprese. První pacientka trpěla po mnoho let bolestmi hlavy, které nebyly zmírnitelné ani operačními zákroky na nervech. Po třech sezeních došlo k výraznému zlepšení problémů. Pacientka byla instruována ve využití autohypnózy a další hypnoterapeutické sezení ani jinou léčbu nevyhledala. Oproti tomu u druhé pacientky, která trpěla bolestmi břicha nepřinesla hypnóza žádný signifikantní výsledek a to i přes to, že pacientka se jevila velmi hypnabilní. Autor se domnívá, že důvodem mohly být silné sekundární zisky z bolesti. (1989)

Další kasuistika, kterou prezentuje Savitz potvrzuje, že hypnóza může být neefektivní při zvládání bolestí, pokud má pacient z těchto bolestí sekundární zisk. V tomto případě pak výsledek nezávisí na hypnabilitě pacienta. Savitz uvádí případ 27-leté ženy, která trpěla chronickými bolestmi zad. Hypnotické intervence na zmírnění těchto bolestí byly neúspěšné.

Po několika sezeních kombinovaných s psychoterapií si pacientka uvědomila, že bolest je pro ni způsob, jak se separovat od okolního světa. Když si později uvědomila, že může své potíže s navazováním kontaktů překonat i jiným způsobem, byla její léčba pomocí hypnózy úspěšná. (1983)

Jak ukazují výše zmíněné výzkumy, hypnóza může být velmi efektivní metoda úlevy od bolesti. Problémem těchto výzkumů ovšem je, že žádný přesně nespecifikuje, jaký typ hypnózy byl u zkoumaných osob použit. Zda se jednalo o standardní techniky, či o individualizovaný přístup. Na otázku zda ericksonovská hypnóza může mít na zvládání bolesti pozitivní vliv tak neposkytují uspokojivou odpověď. Domnívám se, že důvodem může být to, že ericksonovská hypnóza je ze svého principu velmi složitě kvantifikovatelná a díky tomu je těžké ji použít jako metodu pro výzkum. Nicméně tato neurčitost ericksonovského přístupu nemusí být na škodu v terapii.

7. Ericksonovský přístup k hypnóze

Existuje několik způsobů, jak s hypnózou pracovat. Mně nejbližší je přístup vycházející z práce Miltona Hylanda Ericksona. Vzhledem k tomu, že tento přístup nemusí být čtenáři této práce zcela znám, pokusím se v této kapitole shrnout jeho podstatu a porovnat ho s klasičtějšími přístupy k hypnóze, neboť se domnívám, že na základě tohoto porovnání bude nejsnáze pochopitelné, čím se vlastně tento přístup odlišuje. Na závěr se pokusím zmínit nejčastější kritiku vůči tomuto směru a svoji reakci a ni.

Plně si uvědomuji, že tento přístup není příliš vhodný pro teoretickou práci, neboť je často velmi vágní ve vymezování termínů a většinou jen velmi těžko odlišitelný od jiných technik, jako relaxace, odvedení pozornosti nebo psychoterapie. Hoskovec a Hoskovcová ve své knize přímo uvádějí, že: „Ericksonův přístup není možné považovat čistě ani za přístup psychoterapeutický ani hypnoterapeutický neboť se v něm obě tyto složky neoddělitelně prolínají“ (Hoskovec, Hoskovcová, 1998, s. 75).

Věřím ale, že silou tohoto přístupu je právě jeho individualita. Díky tomu, že klient není nucen se podřít předem danému systému, může dle mého názoru z terapie více profitovat. Další výhodou ericksonovského přístupu je to, že využívá často mnohem méně direktivních a jasných sugescí. Proto není pro hypnoterapeuta tolik nutné předem vědět, kterou složku bolesti bude ovlivňovat. Obecné apely nechají dost prostoru pro to, aby si klient sám rozhodl, samozřejmě nikoli vědomě, jak bude terapie působit.

Ačkoli moje práce nenabízí odpověď na otázku, který systém je efektivnější, domnívám se, že ukazuje, že standardizovaný způsob hypnózy není jedinou možnou cestou.

7.1. Popis ericksonovského přístupu k hypnóze

To, že každé sezení je v ericksonovském pojetí jedinečné a jeho postupy se nedají označit za „čistou hypnózu“ může být sice problémem v teoretických pracích, ale domnívám se, že to jsou mimo jiné i tato specifika, která činí tuto metodu tak účinnou v klinické praxi. To je také důvod, proč jsem se pro tuto metodu rozhodl.

Faktem, který velmi znesnadňuje popsání a možná i pochopení tohoto přístupu je, že Erickson sám nikdy nenapsal žádnou knihu o svém směru a zdá se, že nevycházel z žádné jasně dané koncepce; jeho přístup byl čistě pragmatický. Jeho postupy se dochovaly v podstatě jen v pracích jeho žáků (Hoskovec, Hoskovcová, 1998).

Erickson sám uvádí, že pro jeho práci jsou důležité zejména následující čtyři body, které také jeho práci odlišují od ostatních přístupů:

1. To, co je nevědomé nemusí být zvědomováno. Nevědomé procesy mohou fungovat autonomně a řešit potíže klienta individuálním způsobem.
2. Myšlenkové pochody a osobnostní charakteristiky nemusí být pro pacienta analyzovány. I bez analýzy mohou být ale využívány k léčbě.
3. Sugescie nemusí být přímé. Nepřímé sugescie mohou mnohdy obejít pacientova omezení a naučené hranice.
4. Terapeutické sugescie neznamenaají, že pacient má převzít terapeutův úhel pohledu. Pacient sám v sobě musí provést novu syntézu toho, čeho v terapii dosáhl. (1980 a)

Pro tento přístup je velmi důležité, aby hypnotizér přijal to, jak situaci vnímá klient a nesnažil se toto vnímání změnit, ale naopak z něj při hypnotizaci vycházel (Balcar, 1973). S tím velmi úzce souvisí metoda *pacingu* a *leadingu*. Pacing, tedy přizpůsobení se klientovi znamená, že terapeut se pokusí co nejvíce přiblížit klientovi. Začne napodobovat i jeho gesta a podobně. Tím, že akceptuje klientovo vnímání reality, může ji komentovat způsobem, se kterým může klient souhlasit. Vytváří se tedy tzv. „yes set“, kdy se klient stále přesvědčuje o tom, že může s hypnotizérem souhlasit. Velmi vhodnou metodou pro toto je například to, když hypnotizér komentuje a akceptuje pozorované chování u klienta, například: „Sedíte.“ „Máte zavřené oči.“ „Ruce máte položeny v klíně.“ atd.

Ve chvíli, kdy se tempo klienta a hypnotizéra sjednotí, může započít leading, tedy vedení. Díky „propojenosti“, která vznikla během *pacingu* může nyní hypnotizér změnit chování klienta tím, že začne měnit chování svoje, nebo tím, že začne mluvit o tom, že změna

nastane. Vzhledem k tomu, že je již u klienta vytvořen předpoklad toho, že se hypnotizér nemýlí, je velká pravděpodobnost, že se sugesce začnou naplňovat.

Erickson se také ve svém přístupu snažil vyhybat přímým sugescím, neboť ty často nabádají hypnotizovaného, aby něco udělal, tedy aby použil volní úsilí. Erickson ale preferuje to, aby sugesce byly plněny nikoli vědomou myslí hypnotizovaného, ale autonomním nevědomým systémem (Erickson, 1980 a).

7.2. Odlišnosti od „klasického“ přístupu

Ericksonův přístup byl unikátní v několika rovinách. Zaprvé, podle něj se terapeut a celá terapeutická situace měli přizpůsobit klientovi a nikoli naopak. Ericksonův přístup znamenal odklon od hypnologie zaměřené na průměrného člověka a příklon k individuaci (Balcar, 1973). Jeho přístup tedy kladl velký důraz na originalitu a na individuální práci s každým klientem (Hoskovec, Hoskovcová, 1998). Tato metoda se nazývá *utilizace*, tedy využívání chování a projevů, které jsou klientovi vlastní.

Erickson sám rozděluje indukce hypnózy na formálně ritualizované, kde je stejná metoda aplikována na všechny bez rozdílu a přirozený postup, kde se využívá pacientova přirozená unikátní osobnost a chování. Cílem je oslabit volní nastavení a na jejich místo přichází procesy nevědomé (Erickson, Rossi, 1979).

Druhou zásadní odlišností je to, že Erickson zavrhuje dříve velmi používaný pojem hypnabilita a tvrdí, že pokud jsou použity správné techniky, je každý člověk hypnotizovatelný (Hoskovec, Hoskovcová, 1998).

Balcar v této souvislosti hovoří o „hypnoterapeutickém optimismu“ (1973, s. 475). Vznáší také otázku toho, kde je vlastně podstata tohoto rozdílu. Podle něj je problémem u tzv. nehypnabilních osob to, že standardizované způsoby hypnotizace, použité ve výzkumných studiích, na jejichž základě vznikl termín hypnability, nejsou dostatečně individualizované a mohou být pro některé jedince nevhodné. Sám Erickson prý uvádí, že jednoho klienta se mu podařilo zhypnotizovat až po 300 hodinách hypnotizačních sezení. (1973)

Balcar dále ukazuje, že při klasickém způsobu hypnotizace dochází k tomu, že terapeut má vlastní představu o tom, jak bude hypnotizace probíhat. Má vytvořený vlastní systém a žádá od klienta, aby se mu přizpůsobil. Je zřejmé, že to, že klient má přerušit své spontánní chování a nahradit ho jiným, může být problematické. Pokud klient není ochoten nebo schopen této změny dosáhnout, terapeut se často snaží klienta přemoci. Zde je ovšem

velké riziko toho, že klient, i pokud se posléze poddá, získá k situaci hypnózy negativní postoj. (1973)

Oproti tomu mohu ze své zkušenosti říci, že při práci za použití ericksonovských technik často sám nevím, jak bude hypnotizace vypadat. Snažím se zaměřit na to, na co klient reaguje a integrovat to do sugescí a zároveň si všímat klientových reakcí a reagovat na ně, přizpůsobovat jim další sugesci. Na místo překonávání individuality klienta Erickson preferuje synergické působení, kdy hypnotizér vychází z klientovy jedinečnosti a uplatňuje ji v sugescích (Balcar, 1973).

Samozřejmě, takováto práce je velmi náročná a vyžaduje velmi silnou koncentraci. Dá se říci, že pokud klient reaguje na sugesci dobře, je možné si vytvořit jistou šablonu a té se držet. Domnívám se, že bychom ale nikdy neměli jít proti tomu, co je klientovi příjemné a pohodlné jen proto, abychom tuto naši šablonu udrželi. Zásadní význam pak má to, abychom klienta respektovali a co nejvíce se mu přizpůsobovali v případě, kdy běžné postupy začínají selhávat.

Ukázalo se, že ericksonovský přístup velmi dobře funguje i na klienty, které je jiným způsobem velmi těžké nebo nemožné do hypnózy uvést. Balcar uvádí příklady hypnotizace lidí úzkostných nebo takových, kteří dříve neměli s hypnózou problémy, ale později se stali resistantními (Balcar, 1973). V obou případech je nezbytné, aby klient měl nad situací svého vstupu do hypnózy co možná největší kontrolu a cítil se jistě a bezpečně. K tomu dopomáhá zejména to, že při indukci je využíváno toho, co je klientovi vlastní.

7.3. Kritika ericksonovského přístupu

Kratochvíl ve své knize o ericksonovském přístupu píše následující:

„Ericksonovci rozměňují pojetí hypnózy do bezbřehé komunikace, zbožně vzývají personifikované nevědomí, které dokáže, není-li vyrušováno, všechny potíže a problémy dokonale zvládnout a nahrazují jednoduchou přímou hypnotizaci různými složitými nepřímými a zdánlivě nedirektivními manipulacemi, jejichž větší účinnost ve srovnání s tradiční hypnotizací nebyla prokázána. Za poslední argument považují promyšlené i náhodné a svérázné výroky svého učitele, M. H. Ericksona, a vymýšlejí v jeho duchu různé individualizované, metaforické, dárkově zabalené a pacientům na míru šité postupy, u nichž není jasné, kde hypnóza začíná a kde končí.“

(Kratochvíl, 2001, s. 12)

Tyto výtky vůči ericksonovskému stylu hypnotizace v podstatě shrnují názor mnohých odborníků v tomto odvětví, kteří preferují strukturovanější a lépe kvantifikovatelné metody.

Ironické je, že velmi podobné argumenty by často mohli použít lékaři nebo pozitivisticky smýšlející psychologové proti hypnóze jako takové. Nechci se pokoušet dokázat, že to, co si Kratochvíl o ericksonovském přístupu myslí, je mylné. Vlastně s ním v mnohém souhlasím, jen se nedomnívám, že to, co popisuje je ke škodě věci. Je pravda, že ericksonovská hypnotizace je mnohem méně spoutána pravidly. Jak jsem zmínil již výše, ericksonovský přístup v sobě kombinuje hypnózu a běžnou psychoterapii v celek, který je jen velmi těžko diferencovatelný. A tak se může stát to, jak Kratochvíl uvádí, že pozorovatel nepozná, zda a ve kterém momentě je klient v hypnóze a ve kterém ne a dokonce může mezi různými stavy hypnózy plynule přecházet (Kratochvíl, 2001). Proč by to ale mělo být špatné? Ze své zkušenosti jsem se přesvědčil, že hypnoterapeut musí být občas i

psychoterapeutem v běžném slova smyslu, že se psychoterapii neubrání. Je tedy dobré, nebo důležité držet tyto dvě linie striktně oddělné, nebo je naopak vhodné je kombinovat do jednoho celku?

To, že se Erickson odvolává na nevědomí mi také nepřijde jako problém. Termín nevědomí je velmi široký a pracuje s ním v psychologii mnoho různě orientovaných směrů. Klienti v hypnoterapii velmi často žádají vysvětlení toho, co se bude v hypnóze dít nebo toho, jak jim hypnóza může pomoci. Odvolávání se na nevědomí je jednou cestou jak na tyto otázky odpovědět. Je pravda, že v dnešní době je několik teorií, které se zabývají tím, jak vlastně hypnóza funguje. Koncept, který vychází z pojmu nevědomí a disociace je jedním z nejstarších.

Věc, se kterou u Kratochvíla ovšem nemohu souhlasit je to, že účinnost nepřímé hypnotizace nebyla prokázána. Mnohé kasuistiky, které Erickson prezentuje ve svých dílech ukazují, že se mu díky těmto nepřímým technikám povedlo hypnoticky pracovat i s klienty, jež by pomocí standardních technik zhypnotizovat nebylo možné (Erickson, 1980 b).

Věřím, že pro teoretické bádání v oblasti hypnózy se tento přístup se svojí volností a minimální strukturovaností příliš nehodí. Pokud je pro nás z výzkumných důvodů důležité vědět jasně, v jak hluboké hypnóze se proband nachází, pokud je pro nás důležité, aby indukce hypnózy byla standardní nebo pokud potřebujeme, aby hypnotický stav u několika subjektů byl porovnatelný, pak nám ericksonovský přístup příliš nepomůže. Pokud nám ale jde o čistě klinické využití, kde často nezáleží na tom, jak jsme výsledku dosáhli, ale na tom, aby se výsledek dostavil, pak se domnívám, že nám tento přístup může v mnohém pomoci.

APLIKOVANÁ ČÁST

Po té, co jsem se v teoretické části pokusil vytvořit rámec pro pojmy bolesti a hypnózy, bych rád v této části představil svoji práci. Od 20.6. 2007 do 3.6. 2009 jsem pracoval na oddělení léčebné rehabilitace a léčby bolesti polikliniky na Proseku a souběžně od 3.12. 2008 do 10.6. 2009 v centru bolesti v rámci Všeobecné fakultní nemocnice. Za tuto dobu jsem měl možnost pracovat s celkem 16-ti pacienty těchto zařízení. Do této práce jsem se rozhodl zařadit ty, s nimiž proběhlo více než 5 sezení. Hranici pěti sezení jsem zvolil z toho důvodu, že se domnívám, že je to minimum, po kterém je možné očekávat výsledky. Tato hranice vychází nejen z mé zkušenosti, ale také z tradice. Ani na jednom z těchto pracovišť se systematická hypnoterapie bolestí v době mého nástupu nepoužívala. Na Prosecké poliklinice jsem měl přístup zejména k pacientům, kteří procházeli psychoterapií v souvislosti s jejich chronickými bolestmi. Několik případů ke mně bylo referováno i přímo ošetřujícím lékařem v rámci centra bolesti. Ve Všeobecné fakultní nemocnici jsem pak měl přístup k pacientům, kteří docházeli k tamějšímu psychologovi, kde procházeli léčbou pomocí relaxace a popřípadě autohypnózy. Pacienti z těchto skupin pak měli možnost projevit zájem o vstup do hypnoterapie a tedy i do výzkumu.

Plně si uvědomuji, že vzhledem k malému počtu participantů nemohou být výsledky tohoto výzkumu všeobecně zobecnitelné, nicméně se domnívám, že mohou alespoň naznačit trend a pomoci těm, kdo by chtěli podobný výzkum realizovat v budoucnu. Domnívám se, že vzhledem k metodě, kterou jsem použil a k náročnosti úkolu nebylo možné za dobu, kterou jsem měl k dispozici pro zpracování této práce, shromáždit vzorek větší. Limitovanost vzorku je dána také tím, že participant museli být ochotni účastnit se výzkumu po delší dobu a byl nutný jejich vlastní zájem o něj. Obávám se, že mylné představy o hypnóze, které existují mezi lidmi, mohly mít velký vliv na to, že se mého výzkumu nebylo ochotno zúčastnit více lidí.

Limitován jsem byl rovněž tím, z jak velké skupiny jsem mohl potenciální participanty rekrutovat.

1. Účel výzkumu

Mým cílem v tomto výzkumu bylo:

Zaprvé ověřit účinnost hypnoterapie prováděné pomocí ericksonovské techniky při zvládání chronických bolestí.

Zadruhé najít společné znaky, které by mohly stát za úspěchem či neúspěchem terapie.

Zatřetí je cílem zjistit, která složka bolesti je hypnoterapií ovlivněna a opět objasnit, na čem záleží to, na kterou složku bude mít terapie efekt.

2. Metoda

Během tohoto výzkumu jsem prováděl hypnoterapeutická individuální sezení s participanty a zjišťoval jsem, jaký mají tato sezení vliv na jejich pociťovanou bolest. Pro indukci hypnózy a během hypnoterapie jsem používal zejména technik typických pro ericksonovský přístup k hypnóze. Vzhledem k tomu, že většina indukcí byla velmi individualizovaná, nepovažuji za možné zde tyto sugesce smysluplně shrnout. Jednotlivé sugesce často vycházely z právě pozorovaného chování participanta nebo z jeho vlastních požadavků či nápadů. Pro příklady možných metod, které se dají v podobných situacích použít, odkazuji na literaturu, např. Erickson, Rossi, 1979; Erickson, 1980 a. Participanti byli podle svého přání hypnotizováni buď vsedě v křesle nebo vleže.

K měření právě zažívané bolesti jsem používal metodu VAS, kde měl participant za úkol na škále označit míru své aktuální bolesti. Pro lepší diferenciaci jsem se rozhodl nepožadovat od participantů číselné vyjádření. Dále jsem se snažil sejmout participantům podrobnou anamnézu jejich obtíží. Při vyhodnocování se budu zaměřovat zaprvé na změny v intenzitě bolesti podle výsledků VAS a dále na anamnestická sdělní. Zaměřím se na možnou depresivní symptomatiku, tedy poruchy spánku nebo neschopnost zažívání pocitů štěstí, dále pak na délku trvání příznaků, jejich původ a reakce na dosavadní léčbu.

V další části této práce představím jednotlivé kasuistiky všech osmi participantů. V nich shrnu všechny relevantní informace z anamnézy a zaměřím se zejména na možné symptomy deprese a minulé zkušenosti s hypnózou. Dále popíši průběh terapie a její výsledky, jak pomocí metody VAS, tak i pomocí verbálního hodnocení jednotlivých participantů. Považuji také za důležité upozornit na použité metody a jejich popis. Na závěr každé kasuistiky uvedu stručný závěr, kde se pokusím shrnout její nejdůležitější momenty a podat svůj výklad výsledků terapie.

Výsledky terapie budou v podstatě dvojí. Zaprvé to budou protokoly VAS, kde bude možné sledovat, jak se vyvíjí intenzita pociťované bolesti a za druhé ústní sdělní participantů. Metoda VAS dokáže zjistit změny pouze v pociťované intenzitě bolesti. Pokud se bude u participantů snižovat utrpení z bolesti, či jiná její složka, bude to zaznamenatelné pouze v rámci rozhovorů.

Do výsledků této práce zařadím u každého participanta pouze souhrn všech protokolů VAS a pokusím se na nich ukázat důležité momenty terapie. Domnívám se, že vzhledem k jejich formátu a množství není nezbytné k práci přikládat jednotlivé formuláře.

V literatuře jsem se snažil nalézt informace o metodologii podobných výzkumů v minulosti, nicméně jsem zjistil, že většina studií týkajících se použití hypnózy ve zvládání bolesti se zabývala experimentálně navozenou bolestí, což samozřejmě požaduje zcela jiné uspořádání výzkumu. Studie, které se zabývají přímo zvládáním již existující chronické bolesti jsou, oproti mému očekávání, poměrně vzácné a často je u nich metodologie pouze naznačena, bez dalších detailů. Některé studie preferují měření bolesti na začátku a na konci terapie (např. Patterson et al, 1992), nicméně tím se připravují o informace o průběhu terapie a nemohou sledovat její vývoj. Jiné naopak používají metodu VAS i několikrát denně (např. Bachmann, 2006). Vzhledem k tomu, že jsem nenašel žádnou studii, která by se zabývala využitím ericksonovského přístupu ve zvládání chronické bolesti, nebylo pro mne možné předem určit počet sezení, která budou potřebná a tudíž jsem nemohl předem stanovit, kdy bude moci být terapie ukončena a tedy nebylo možné předem říci, že budu bolest měřit jen na začátku a na konci terapie.

2.1. Vzorek

Do této studie jsem zařadil 8 participantů. Všech 8 trpělo v době započetí výzkumu bolestí po dobu delší než 3 měsíce, což je obecně uznávané kritérium určení chronické bolesti. Z těchto participantů byli dva muži a šest žen. Počet sezení s jednotlivými participanty se pohyboval od 6 do 35. Věk participantů se v rozmezí mezi 15 a 59 lety na začátku terapie. Podrobnější informace o věkovém složení vzorku, viz tab. 1. Participantů do terapie vstoupili na základě vlastního rozhodnutí po doporučení lékařů a psychologů v rámci oddělení pro léčbu bolesti a léčebnou rehabilitaci v rámci polikliniky na Proseku, respektive centra bolesti v rámci Všeobecné fakultní nemocnice. Vzdělání participantů se pohybovalo mezi základním a vysokoškolským.

věkové rozmezí	počet participantů
méně než 20	1
20 - 30	2
30-40	1
40-50	2
více než 50	2

Tab. 1

Věkové rozložení participantů

nejvyšší dosažené nebo právě probíhající vzdělání	počet participantů
vyučen/a	4
středoškolské s maturitou	1
vysokoškolské	3

Tab. 2

Rozložení vzdělání participantů

2.2. Metoda VAS

Metoda VAS se v psychologické diagnostice používá již od začátku dvacátého století, nicméně největší rozkvět zažívá od 70. let (Nemeth, 2003).

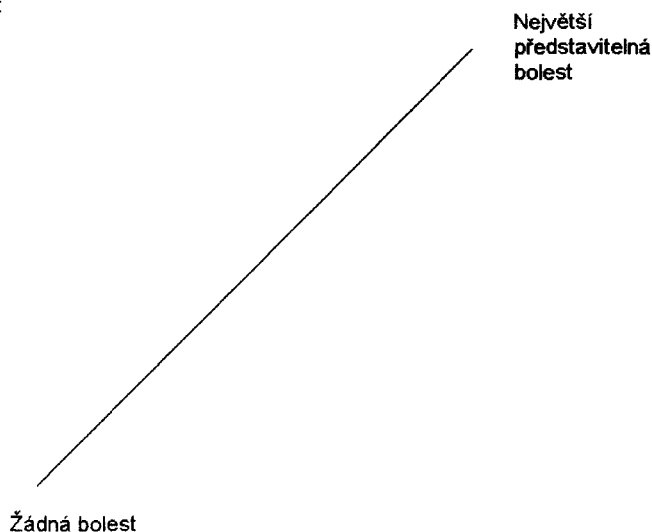
Pro tuto metodu jsem se rozhodl zejména kvůli její snadné a rychlé administraci. Díky těmto přednostem je metoda VAS velmi často využívána. Někteří autoři dokonce tuto metodu považují za nejlepší a nejpoužívanější v klinické praxi pro zjišťování aktuálně pociťované bolesti (např. Mantha, 1993; Abraham, 1999). Z prostudované literatury jsem získal dojem, že tato metoda je natolik obecně známá, že jen málokdo ji přesněji definuje. Autora, ani žádné další bližší informace o této metodě se mi nepodařilo zjistit. V podstatě jsme se setkal se dvěma způsoby administrace, tak jak jsem je popsal v kapitole o měření bolesti v oddílu „bolest“. Mé rozhodnutí o tom, že budu využívat administraci, kde participant nebude limitován číselným vyjádřením, ale bude mu dána větší svoboda ve vyjádření, bylo motivováno předpokladem, že takto bude možné získat přesnější data. Gould uvádí, že VAS

se používá v případě, že měřený jev, v tomto případě bolest, se vyskytuje u diagnostikovaného v kontinuu, nikoli v diskretních krocích (Gould, 2001). Domnívám se, že pokud se po participantovi žádá, aby při uvádění své bolesti udával čísla, znemožňuje se udávání bolesti na kontinuu a opět se uvažuje v diskretních intervalech, což podle mne neodpovídá realitě.

Mantha ve svém článku sice uvádí, že preferuje užití diskretních intervalů v metodě VAS, zejména pro jejich jednodušší zpracování, nicméně, jeho práce se zabývá zejména případy, kdy je úroveň bolesti porovnávána mezi jednotlivými participanty, což není případ této studie (Mantha, 1993).

Jméno:

Datum:



Příklad metody VAS

Na tomto obrázku můžeme vidět, jak vypadaly jednotlivé škály VAS užívané při každém sezení. Participant dostal instrukci, aby se pokusil na této škále umístit intenzitu bolesti, kterou právě ve chvíli vyšetření zažívá. Při presentaci kasuistik dále v práci bude v podkapitole terapie ukázán souhrnný graf, který ukazuje pohromadě výsledky všech administrací této metody za dobu terapie. Na předtištěné ose tak budou vidět jednotlivé značky, které znázorňují právě pociťovanou bolest. Na každém grafu bude zvláště vyznačeno minimum a maximum zažívané bolesti, jak je uvedli participanti na prvním sezení a další informace, které jsem považoval za důležité tak, aby se na ně bylo možné odvolávat později v textu.

3. Popis sezení

Participantů měli ještě před prvním sezením možnost seznámit se v hrubých rysech s účelem a formou provedení toho výzkumu z jednoduchého informačního letáku, který byl k dispozici u lékařů, kteří je ke mně referovali.

Během prvního sezení byl od participantů získán písemný souhlas s účastí na výzkumu a se zveřejněním dat z něj získaných. Po té jsem s participantem provedl polostrukturovaný rozhovor na základě oblastí, které jsem měl předem stanovené (viz. příloha 1).

Rozhovor byl rozdělen do tří částí. Zaprvé se jednalo o získání demografických údajů. Tato část sloužila dvěma základním cílům. Zaprvé prozaicky k získání informací, které by mohly mít vliv na průběh terapie. Druhým účelem bylo zmírnit napětí participantů. Předpokládal jsem, že participantů budou první sezení vnímat jako stresující zejména kvůli relativně nové situaci hypnózy a domníval jsem se, že by bylo výhodné začít rozhovor otázkami, které jsou jednoduché, srozumitelné a relativně pro participanta bezpečné.

Otázka na věk a bydliště měly sloužit zejména druhému účelu, i když jsme se domnívali, že věk by mohl hrát roli v efektivitě léčby. Zároveň byl tento údaj důležitý pro pochopení toho, jakou část svého života participant bolestmi trpí.

Otázku na rodinný stav jsem zavedl zejména proto, abych zjistil, zda participant žije sám a následně, jakou má ve svém stavu oporu. Později jsme se rozhodl tuto otázku vynechávat, neboť některým participantům nebyla příjemná.

Rozhodl jsem se dotazovat na vzdělání a zaměstnání participantů, abych odhalil, zda jsou více či méně exaktně zaměřeni. Domníval jsem se, že mi to pomůže jednak v tom, jaký princip vysvětlování hypnózy zvolit a jednak jako jedno z kritérií, které by mohlo ovlivnit účinnost terapie.

Záliby, koníčky a preference mi sloužili zejména v imaginativních technikách, kde je důležité vycházet z toho, co je participantovi vlastní.

Otázky na převládající náladu a fantasmii jsem zařadil, neboť jsem se domníval, že by mohly mít vliv na úspěšnost terapie.

V části rozhovoru o bolesti jsem se zaměřil především na co nejpodrobnější zmapování toho, jak participantova bolest vypadá, jak a kdy ji prožívá a také na to, co mu pomáhá nebo jaká léčba měla v minulosti účinek. Během této části participant také na škále VAS zaznamenal svoji současnou bolest a dále maximum a minimum bolesti, kterou za dobu trvání příznaků zažil. Doba, kdy zažil minimální a maximální bolest byla pak předmětem dalšího rozhovoru.

Poslední část věnovaná hypnóze byla nejméně strukturovaná. Mým cílem zde bylo zejména participantům vysvětlit co to hypnóza je, jak bude hypnotické sezení probíhat a co mohou ve vztahu ke své zakázce od terapie očekávat. Zásadní také bylo zjistit, zda participant má již nějaké zkušenosti s hypnózou nebo povědomí o ní a popřípadě korigovat nepřesné nebo zkreslené názory na hypnózu, které by mohly interferovat. Otázky na spánek a snění se v průběhu práce ukázaly být důležité ne jen pro odhad snadnosti uvedení participanta do hypnózy, ale také odhalovaly problémy se spánkem způsobené bolestmi nebo depresí.

Od žádosti o to, aby se participant pokusil odhadnout hloubku svého transu jsem v průběhu upustil, neboť většina participantů se tomuto úkolu vyhýbala s tím, že nemají o hypnóze dostatečné povědomí.

Na konci prvního sezení došlo ke krátké hypnotizaci s imaginací příjemného místa. V této první hypnotizaci nebyly zahrnuty žádné symptomatické sugesce, ale spíše sugesce obecně prospěšné. Sloužila nejen mně k tomu, abych mohl odhadovat, jak se bude participant chovat v dalších sezeních, ale také k tomu, aby se participant seznámil se stavem hypnózy. Po této indukci následoval krátký rozhovor o tom, co participantovi vyhovovalo a co nikoli. Zaměření prvního sezení spíše na získání anamnestických údajů a zahájení vlastní terapie až na dalších sezeních doporučuje i Savitz (1983).

Další sezení trvala přibližně 40 až 60 minut, z čehož bylo indukci hypnózy a hypnoterapii věnováno přibližně 20 až 30 minut. Délka hypnotizace závisela zejména na individuálních potřebách participantů. Přibližně stejnou délku hypnotizace označuje za dostačující i Lewis (1992). Na začátku sezení participant referovali, jak svoji bolest v danou chvíli cítí, a to co do velikosti i do umístění, pokud se lokalizace bolesti měla tendenci měnit, a vyplnil také opět metodu VAS. Participant také měli dále hovořit o čase, který uběhl mezi sezeními a zda proběhla nějaká změna v symptomech, popřípadě, jak dlouho trval účinek poslední hypnotizace, či účinek autohypnózy.

Poté proběhla indukce hypnotického stavu s použitím zvolených léčebných sugescí zaměřených zejména na to, aby se bolest ztrácela a na posílení účinků autohypnózy, pokud byla tato metoda použita.

Na konci sezení následoval opět krátký rozhovor, kde měl participant zhodnotit, zda hypnóza měla nějaký okamžitý účinek na pociťovanou bolest a průběh hypnotického transu obecně.

Kromě rozhovoru během prvního sezení a metody VAS, kterou participanti vyplňovali na každém sezení jsem neadministroval žádné jiné diagnostické metody.

4. Kasuistiky

V této části představím 8 kasuistik, na kterých se pokusím ukázat ne jen změny v bolesti, ale také to, jaký charakter tyto změny měly. Ke každé kasuistice podám stručný obsah výpovědí participantů v rozhovoru, celkový obraz vývoje jejich bolestí pomocí VAS a popis průběhu terapie.

Jména, pod kterými budu jednotlivé kasuistiky prezentovat jsou smyšlená a nemají žádný vztah k reálným jménům participantů. Všichni participanti dali souhlas k tomu, aby jejich kasuistiky byly tímto způsobem použity.

4.1. Bohumil

Anamnéza:

První sezení s panem Bohumilem proběhlo 20.9. 2007 a poslední 30.3. 2009. Za tuto dobu absolvoval 35 sezení. Panu Bohumilovi bylo při vstupu do terapie 59 let a je vyučen jako zámečnický. V mládí byl velmi aktivním sportovcem. V 25 letech měl úraz na motorce, od té doby se vyskytovaly vážné zdravotní komplikace. Po totálních endoprotézách musí při chůzi využívat francouzské hole. Do terapie přichází zejména kvůli bolestem v zádech způsobených malformacemi na páteři, bolesti v levém rameni, které přisuzuje námaze z používání hole, bolesti v kolenou, která je způsobena nezdařenými operacemi a bolestí v hlavě, pro kterou nemá jasné vysvětlení.

S hypnózou žádné zkušenosti neuvádí, ale v době začátku terapie byl zvyklý provozovat Sylvovu metodu zaměřenou na zlepšování celkového zdravotního stavu a zejména na snahu zabránit jeho dalšímu zhoršování, kterého se velmi obával.

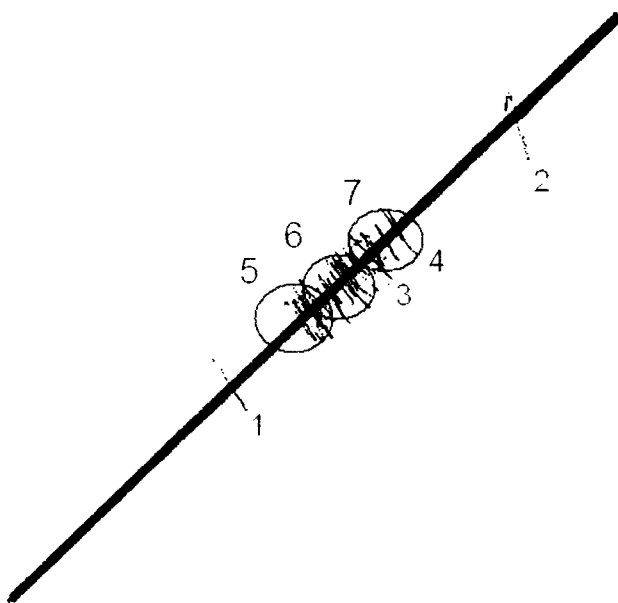
Po dobu navštěvování mé terapie užíval celou dobu medikaci na bolest a také docházel do dalších terapií. Po dobu naší spolupráce nereferoval ve své léčbě žádné podstatné změny. Je tedy možné se domnívat, že změny v jeho stavu způsobila právě hypnoterapie, ačkoli tento závěr není možné dokázat.

Udává, že díky svým dlouhodobým zdravotním i sociálním problémům trpěl dlouhou dobu depresemi, které se povedlo zvládnout pomocí dřívější psychoterapie.

Během sezení se zdá velmi komunikativní, mírně ostýchavý a ochotný vyjít v hypnóze vstříc. Občas se u něj projevují znaky mystického myšlení s častým odvoláváním se na osud, nicméně stále cítí potřebu snahy o sebezdokonalení. Hlavním motivem pro své vyléčení, který uvádí, je to, aby mohl být užitečný a aby mohl pomáhat. Pocity bezmoci a invalidity velmi těžko snáší. Žije společně s manželkou, se kterou má podle svých slov velmi dobrý vztah. Vadí mu ale to, že ona musí dělat všechny těžší práce a on jí díky svému stavu nemůže pomáhat.

Terapie:

Hypnoterapie si kladla za cíl zejména zmírnit bolesti v těle, podpořit hybnost v koleních kloubech, která byla omezená, posílení psychiky a nácvik autohypnózy.



Výsledky VAS

Na tomto grafu vidíme pohromadě všech 35 protokolů VAS, tak jak byly sebrány po dobu terapie. Body 1 a 2 jsou minimum respektive maximum bolesti, jakou participant cítil po dobu svých obtíží. Bod 3 označuje míru bolesti při prvním příchodu do terapie a bod 4 nejvyšší skóre za dobu terapie.

Výsledky během terapie se dají rozdělit do tří období. Část označená číslem 5 obsahuje skóre za prvních 14 sezení a zároveň za sezení 34 a 35. Oblast označená na grafu jako 6 ukazuje skóre za sezení 15 – 23 a sezení 31 a 33 a poslední za sezení 24-30.

Na výsledcích VASu vidíme, že se úroveň pociťované bolesti po započetí hypnózy mírně snížila a po několik týdnů zůstala konstantní (oblast 5), a to až do doby, kdy si participant přivodil zranění na rameni, které úroveň jeho prožívané bolesti zvětšilo. V této době byla naše sezení z různých příčin (zejména nemoc participanta) poněkud méně

pravidelná a rozestupy mezi nimi činili i několik týdnů. Ačkoli v této době měl již participant zvládnutou techniku autohypnózy, kterou denně cvičil, přesto se domnívám, že tato nepravidelnost mohla být příčinou toho, že se stav nepovedlo zlepšit. Na 23. sezení byla terapie v podstatě ukončena s tím, že participant cítil, že už z ní nemůže více získat. Po více než 7 měsících ale požádal o návrat do terapie s tím, že jeho stav se zhoršil a že potřebuje pomoc. Zároveň bylo nezbytné posílit a modifikovat sugesce autohypnózy, aby více odpovídaly novým potížím.

Jak je vidno z jednotlivých VASů, hypnoterapie přímo neovlivnila Bohumilovo prožívání bolesti, neboť míru bolesti vnímal poměrně konstantně, s výjimkou bolestí hlavy, které zcela zmizely. Změna ovšem nastala v tom, jak se se svojí bolestí vyrovnával. Během sezení uváděl, že má z bolesti mnohem menší strach, že dokáže dělat stále více věcí i přes bolest, kterou cítil a že může obecně být mnohem užitečnější, a uváděl rovněž zlepšení nálady. Hypnoterapie tedy nezapůsobila přímo na úroveň vnímání bolesti, ale pokryla obě další úrovně tak, jak je popsal Kratochvíl (2001) a jak jsou zmíněny v předešlém oddíle, tedy bylo změněno utrpení, které bolest přinášela a také strach z ní.

Techniky:

Vzhledem k tomu, že pan Bohumil byl zvyklý užívat autohypnózu v podobě Sylvovy metody a specifické sugesce, které jsou s ní spojené, snažil jsem se, alespoň ze začátku naší spolupráce používat tyto jemu známé sugesce. Později jsme se zaměřil na jeho zájem o Reiki a vycházel jsem při indukci z obrazů, které s touto metodou souvisí. V hypnóze si pan Bohumil měl najít své vnitřní světlo, do kterého se měl ponořit a které ho mělo očistit od bolestí. Tyto sugesce mu byly blízké a zároveň snadno modifikovatelné pro různé obtíže, které byly v danou dobu aktuální.

Závěr:

Pan Bohumil se jevil jako silně hypnabilní a do hypnózy vstupoval velmi dobře. Přesto většina výsledků na poli vnímání bolesti byla pouze dočasná. Trvalé změny se ale podařilo dosáhnout v oblasti prožívání bolesti. Věřím, že velký vliv na hloubku jeho hypnózy, stejně jako na výsledek terapie mělo i to, že již dříve praktikoval Sylvovu metodu, což je de facto nácvik autohypnózy.

Za povšimnutí stojí dle mého názoru to, že u bolestí, které měli u pana Bohumila fyziologický podklad nedošlo k trvalé změně, ale bolest hlavy, kde jasná příčina nebyla, byla redukována.

4.2. Cecílie

Anamnéza:

První sezení s paní Cecílií proběhlo 18.10. 2007 a poslední 26.6. 2008. Během této doby proběhlo 20 sezení s asi čtyřměsíční přestávkou mezi desátým a jedenáctým sezením. V době prvního sezení bylo Cecílii 47.

Cecílie je vyučená cukrářka a v tomto oboru dlouhou dobu pracovala. Několik let před začátkem terapie o místo přišla a následovala doba nejistoty, provázená pocity bezmoci a deprese. Poté si našla novou práci a tyto pocity vymizely.

Od svých 20-ti let má potíže s bolestmi v oblasti krční páteře, u kterých uvádí, že začaly přibližně po porodu. U těchto bolestí nebyla nalezena žádná organická příčina. Nové zaměstnání, které má asi 2 roky přineslo bolesti v páteři bederní. Zde existuje i drobný nález na páteři, který ovšem není odstranitelný. Participantka též uvádí, že toto nové zaměstnání je „sedavé“, což podle ní může mít na vznik bolestí vliv. Ačkoli obě bolesti začaly v rozdílnou dobu, přesto participantka uvádí, že jsou velmi podobné co do kvality, velikosti a dokonce i stejné věci je zhoršují nebo zlepšují. Bolesti reagují jak na námahu, tak i na stresy. Bolesti jsou neustálé a jen se proměňuje jejich intenzita.

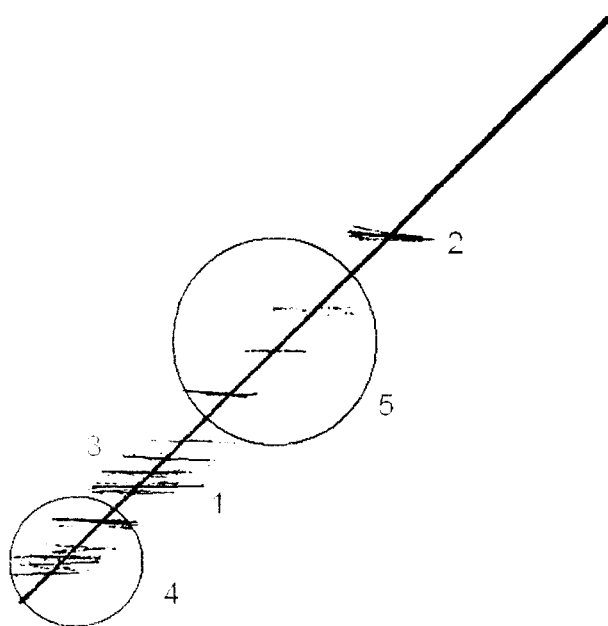
S hypnózou Cecílie nemá zkušenosti, ale hledá nějakou další metodu nebo způsob, jak si od bolestí ulevit. Přesto bylo třeba na začátku korigovat některé nepřesné představy a ujistit participantku o tom, že hypnóza s sebou nenese ztrátu vůle či ovládání sama sebe.

Cecílie sama o sobě mluví jako o úzkostném člověku, tvrdí, že velmi silně prožívá vše, co se jí týká a že mívá problémy s tím se uvolnit. Všechny obtíže si bere velmi vážně a má tendenci se podceňovat. Zejména na prvních sezeních působí poněkud ustrašeně, ale strach po dalších sezeních mizí.

I přes to, že udávala, že občas prožívá pocity smutku nebo deprese, cítí, že nyní, když má novou práci, jsou tyto pocity mnohem slabší a že má i důvod se z života radovat.

Terapie:

Terapie si kladla za cíl nejprve pouze odstranění bolestí a zavedení autohypnózy pro snazší se zbavování bolestí v případě, že by se vrátily. Posléze bylo k cílům přidáno i zvýšení psychické odolnosti.



Výsledky VAS

Na tomto grafu vidíme pohromadě všech 20 protokolů VAS, tak jak byly sebrány po dobu terapie. Body 1 a 2 jsou minimum respektive maximum bolesti, jakou participantka cítila po dobu svých obtíží. Bod 3 označuje míru bolesti při prvním příchodu do terapie a bod 4 nejvyšší skóre za dobu terapie.

Na tomto grafu vidíme, že rozsah bolestí, kterými Cecílie trpěla byl poměrně velký. V době, když začala navštěvovat terapii byl ale poměrně nízký. Během následujících sezení pak prudce vzrostl (viz. oblast 5 na grafu). Participantka uvádí, že v hypnóze a bezprostředně po ní se cítí lépe, ale výsledek je těžké udržet. Na bolest velmi silně působí stresy a další vnější vlivy. Během několika dalších sezení se bolesti začaly zmírňovat. Participantka dostala během devátého sezení instrukce k navozování autohypnózy, s níž si měla být schopna regulovat potíže sama. Na desátém sezení referuje, že autohypnózu nemůže provozovat, protože se v ní necítí bezpečně a bojí se, že se z ní nedokáže sama vrátit. Bylo jí tedy navrženo, aby zkoušela alespoň relaxovat se zavřenýma očima a užívat bdělé sugesce na redukci napětí a bolesti v páteři.

Kvůli zdravotním obtížím participantky byla terapie přerušena. Po čtyřech měsících se participantka vrátila zpět. Byl učiněn znovu pokus u zavedení autohypnózy, tentokrát s větším úspěchem. Klientka byla ponechána, aby si na sezení vyzkoušela, že dokáže autohypnózu ukončit sama a sugescemi bylo posíleno její vědomí o tom, že ona ovlivňuje hloubku stavu, od kterého se dostane. Během dalších sezení se podařilo bolest krční páteře odstranit trvale a bolest v bederní páteři velmi zmírnit. Participantka uváděla, že tuto oblast stále cítí, ale že pocit již není tak nepříjemný. Stále docházelo k tomu, že po větší námaze se bolest zvětšila,

ale velmi rychle se zase zklidňovala. Participantka také uváděla, že se cítí stále silnější, vyrovnanější a že se stresy zvládá stále lépe.

Techniky:

Během hypnózy byly používány zejména imaginační techniky, které participantce velmi vyhovovaly. Vzhledem k tomu, že uvedla jako svoji zálibu procházky, byly užity imaginace procházky v lese. Na nich se měla participantka vidět jako zdravá a bez bolestí a provádět úkony, jako je zvedání hlavy nebo ohýbání se bez bolestí, které v reálném životě při těchto úkonech pociťovala. Na konci se pak jednalo o sugesci zaměřující se na posílení stability osobnosti.

Závěr:

Podle mého názoru, který by bylo asi velmi těžké vyvrátit či potvrdit, se u Cecílie vyskytly dva problémy současně. Její úzkosti se již v mládí začaly projevovat jako bolesti krční páteře. Když pak v pozdějším věku došlo ke změně povolání, které bylo namáhavé na bederní páteř, náchylnou díky drobné malformaci, domnívám se, že se tyto dvě bolesti se zcela rozdílnou etiologií mohly spojit a vzájemně se ovlivňovat. Pomocí hypnózy se podařilo toto spojení přerušit. Bolest, která vycházela z nedostatku schopností dosáhnout uvolnění a z pocitů úzkosti se dala odstranit zcela. Bolest, která měla jistý fyziologický základ se podařilo pouze zmírnit a, stejně jako u Bohumila, změnit její prožívání. Podařilo se také, alespoň částečně, pozměnit Cecíliino vnímání sama sebe.

4.3. Daniela

Anamnéza:

Mezi 26.11. 2007 a 17.12. 2007 prošla Daniela 6 sezeními. Počet byl předem omezen neboť odjížděla na dlouhodobý pobyt mimo republiku.

V době terapie bylo Daniele 22 let a studovala vysokou školu humanitního zaměření. Jako jediná z participantů se do terapie nedostala prostřednictvím lékařského zařízení, ale na doporučení známých.

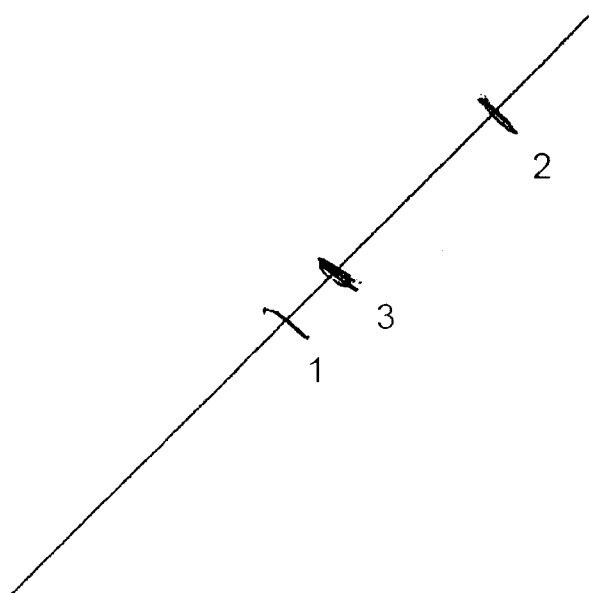
Přibližně jeden a půl roku před vstupem do terapie začala Daniela cítit bolesti během sexuálního styku s partnerem a při zavádění tampónů. Později byla vyšetřena a byla u ní

zjištěna cysta. I po té, co se cysta začala ztrácet bolesti během styku se nezmenšovaly. Díky tomu začala Daniela stále více styk se svým partnerem odmítat a obávat se ho. Míra bolesti se podle ní měnila a závisela zejména na poloze, v níž ke styku docházelo.

Vzhledem k tomu, že z dřívější doby měla za sebou zkušenost s hypnózou ve formě zážitkového workshopu, rozhodla se vyzkoušet tuto metodu.

Daniela si jasně uvědomovala, že její potíže mají i silnou psychologickou složku a že strach hraje velmi zásadní roli. Vzhledem k tomu, že bolest někdy dosahovala značné intenzity, nebyla ale schopna tento strach sama zvládat a velmi se bála toho, že přijde o vztah se svým partnerem. Kromě strachu ze ztráty nebo poškození vztahu se ovšem cítila relativně spokojeně a na sezeních působila vyrovnaně.

Terapie:



VAS

Body 1 a 2 jsou minimum respektive maximum bolesti, jakou participantka cítila po dobu svých obtíží. Bod 3 označuje naposledy zažitou míru bolesti.

Participantka zažívala bolest pouze při sexuálním styku a specifických manipulacích s poševním vchodem a těmto aktivitám se bránila, nebylo možné snímat na každém sezení metodu VAS tak, jak tomu bylo u všech ostatních participantů. Škála VAS byla tedy použita pouze na prvním sezení k získání přehledu o míře bolesti.

Z tohoto grafu vidíme, že Daniela hodnotila svoje bolesti jako velmi silné. Sama udávala, že se sexu začíná bát a ačkoli ji partner podle jejích slov podporoval, přesto se bála, že by jejich vztah mohl utrpět. Domnívám se, že se zde plně projevil tzv. kruh bolesti, jak byl

popsán v tomu určené kapitole této práce. Tedy, že strach z bolesti působil u participantky úzkost, která se projevila i svalovým napětím a očekáváním bolesti. Tyto změny pak způsobily to, že se bolest vsutku dostavila a byla silnější, než bylo nezbytně fyziologicky nutné. Vzhledem k tomu, že bolest přetrvávala i po té, co se cysta začala hojit, domníval jsem se, že hrozilo nebezpečí chronizace tak, jak ji popisuje například Janáčková (2007), tedy, že dojde k vytvoření jakési podmíněné bolestivé reakce. V terapii jsem se tedy zaměřil zejména na překonávání strachu z bolesti.

Několik dní po svém odjezdu z Prahy mi participantka referovala, že měla s partnerem styk, který byl téměř bezbolestný a že před jeho začátkem ani v jeho průběhu necítila strach ani úzkost. Po nějakém čase se bolesti ztratily úplně.

Techniky:

Vzhledem k tomu, že cílem terapie bylo zejména překonání strachu, zvolil jsem metodu imaginace, kdy si participantka měla představovat běžný sexuální akt se svým přítelem a zároveň dostávala sugescie jistoty a uvolnění a zároveň ujištění o bezbolestném průběhu styku. Vzhledem k tomu, že sugescie měly velmi intimní ráz, bylo nezbytné participantku s nimi předem jasně seznámit. Naštěstí se podařilo během prvních několika sezení vytvořit dostatečné prostředí důvěry, díky kterému Daniela s tímto způsobem léčby souhlasila.

Závěr:

Ačkoli je velmi složité odhadovat možný směr vývoje potíží, pokud by nedošlo k terapii, domnívám se, že nebezpečí chronizace u této participantky existovalo. Vzhledem k tomu, že se v hypnotickém stavu povedlo, alespoň částečně, blokovat strach a úzkost, mohlo při dalším styku dojít ke korektivní zkušenosti. Zážitek mnohem menšího nepohodlí pak mohl vést participantku k tomu, že strach mohla vyměnit za naději a díky tomu se mohla nepříjemných pocitů zcela zbavit.

4.4. Emil

Anamnéza:

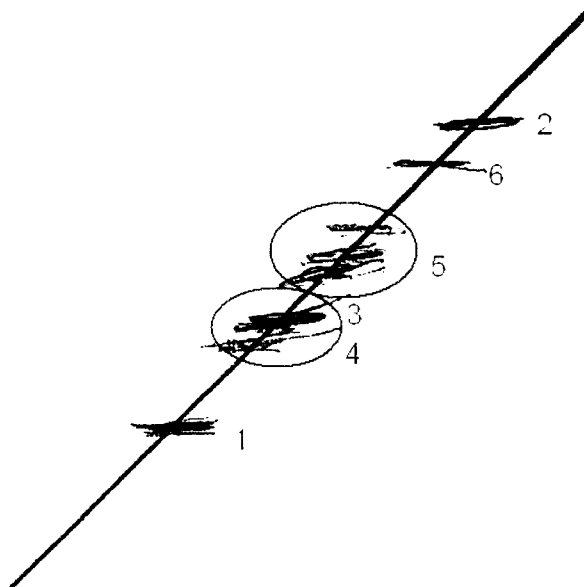
Pan Emil se zúčastnil 13 sezení mezi 31.1. 2008 a 1.4. 2008. Při nástupu do terapie mu bylo 55 let.

Emil je vyučený zámečnický a v době začátku terapie pobíral částečný důchod kvůli svým obtížím a stále pracoval jako elektrikář. Práce pro něj byla velmi důležitá, neboť odmítl plný důchod. V mládí byl velmi aktivní a často sportoval, nyní se již sportu díky svým zdravotním potížím i věku věnovat nemůže.

Přibližně 15 let před započítím terapie se u pana Emila objevila bolest hlavy, vyskytující se zejména v oblasti spánků a pískání v uších. Jako začátek svých problémů uvádí pan Emil úraz při hraní košíkové. Při vyšetření v nemocnici byla zjištěna malformace na míšním kanálu na úrovni krční páteře. Tento problém byl chirurgicky odstraněn, nicméně potíže přetrvávaly nezměněny. Pískání v uších zažívá pan Emil neustále, tepavá bolest má tendenci mizet a objevovat se zejména ve stresu.

Díky svým potížím a zátěži z primární rodiny trpí již delší dobu depresemi, které byly diagnostikovány na psychiatrii. Předepsaná medikace nemá dle Emila žádný viditelný účinek. V kontaktu působí poměrně vyrovnaně a spokojeně. Rád žertuje, nicméně udává pocity beznaděje a smutku. V době terapie udával, že nezažívá žádné pocity štěstí a spokojenosti. V jeho chování je velmi jasně patrné, že má tendenci přebírat za vše odpovědnost a stále si držet kontrolu nad všemi situacemi, ve kterých je. Je u něj také velmi silný pocit toho, co se má a co se nemá dělat. Udává, že má velké potíže s přizpůsobováním se změnám. Dále uvádí nesoustředěnost, ztrátu zájmů, z nichž mnohé provozuje již jen ze zvyku a z pocitu povinnosti.

Terapie:



Výsledky VAS

Na tomto grafu vidíme pohromadě všech 13 protokolů VAS, tak jak byly sebrány po dobu terapie. Body 1 a 2 jsou minimum respektive maximum bolesti, jakou participant cítil po dobu svých obtíží. Bod 3 označuje míru bolesti při prvním příchodu do terapie.

Výsledky během terapie se dají rozdělit do dvou období. Část označená číslem 4 obsahuje skóry za sezení 3, 8, 9 a 10. Oblast označená na grafu jako 5 ukazuje skóry za ostatní sezení s výjimkou sezení číslo 4, které je označeno číslem 6. Zde tedy byla intenzita obtíží největší. Participant uvádí, že toto zvýšení bylo kvůli velkému stresu na společné rodinné dovolené.

Terapie byla změřena na redukci bolesti, nicméně během 13 sezení se nepodařilo klienta dostat do stavu, ve kterém by sugesce měly jakýkoli efekt. Participant uvádí, že je stále rušen myšlenkami, které se mu honí hlavou a že se nemůže soustředit. Při tom si stále nedovoluje ztratit kontrolu nad situací, což mu dále brání ve vstupu do hypnotického stavu.

Po 13 sezeních byla terapie ukončena z důvodu toho, že nebyla úspěšná.

Techniky:

Nejprve byla zkoušena běžná relaxační technika, která ovšem neměla příliš dobrý účinek. Participant uváděl, že neumí klidně relaxovat a že odpočívá pouze aktivitou. Ani fyzická námaha dle jeho slov nepomáhá. Dále byly vyzkoušeny různé konfusní techniky, či navozování bdělé hypnózy, nicméně i proti těmto pokusům byl participant velmi resistantní. Stále bylo jasné, že se nemůže situaci zcela poddat a že si stále potřebuje nad ní udržet

kontrolu. Využití paradoxních sugescí blokoval rovněž. Vzhledem k tomu, že se nebyl schopen oprostít od svých názorů na to, co by se mělo nebo nemělo dělat, nesouhlasil s paradoxními technikami nebo je nebyl schopen plnit.

Během posledního sezení se zdálo, že by relaxační indukce mohla přece jen přinést výsledek, nicméně participant projevila přání pro neúspěch terapii ukončit.

Závěr:

Domnívám se, že v tomto případě se zkombovalo několik negativních vlivů, které zabraňovaly úspěšné hypnotizaci. Podle mého názoru vznikla Emilova bolest na fyzickém základě. Nicméně po té, co byla začleněna do jeho života, nebyl se jí Emil schopen zbavit ani po té, co byla fyziologická příčina odstraněna. Otázkou zůstávají i sekundární zisky z bolesti, které se mohly vyskytnout. Jak ukazují kasuistiky, které prezentuje Savitz (1983) a Evans (1989), pokud má pacient sekundární zisky z bolesti, bývá pokus o její zvládnutí pomocí hypnózy neúspěšný.

Druhým komplikujícím faktorem dle mého názoru byla deprese a s ní související ztráta naděje na uzdravení.

Domnívám se, že posledním problémem bylo to, že participantova osobnost vyžadovala stálou kontrolu a udržení jakéhosi sebeobrazu, který de facto vylučoval ponoření se do hypnotického stavu.

4.5. Ivana

Anamnéza:

U slečny Ivany terapie stále probíhá. V této práci se ale budu věnovat pouze intervalu od začátku terapie, tedy od 3.12. 2008 do 10.6. 2009. Za tuto dobu prošla 14-ti sezeními. V době vstupu do terapie jí bylo 37 let.

Ivana vystudovala vysokou školu a v současné době se živí jako tlumočnice a učitelka jazyků. Během terapie stále pracuje i přes to, že jí obtíže často práci komplikují.

Do terapie přichází s bolestmi v oblasti žlučníku, které se rozlévají po celé pravé polovině těla, zejména do pravého ramene a paže, do pravé nohy a do pravé poloviny hlavy. Bolesti mají záchvatovitý charakter a vznikají jen po požití specifických pokrmů, jako je čerstvá zelenina a ovoce, mastné jídlo, čokoláda a alkohol. Pokud se jí daří těchto jídel vyvarovat, pak bolesti vymizí. Potíže začaly v lednu 2007 a v době nástupu do terapie trvaly

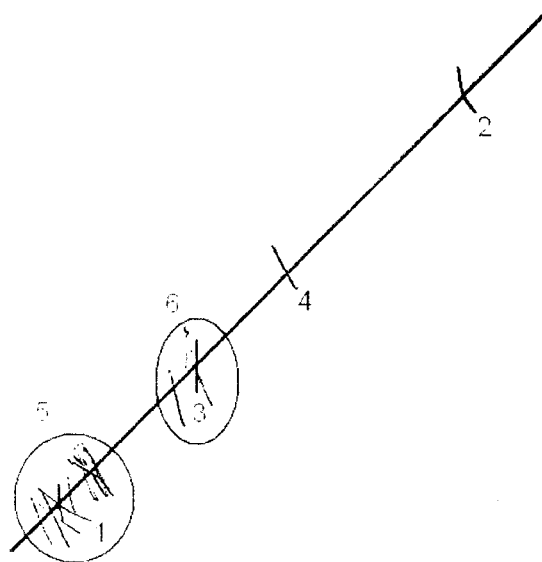
tedy přibližně dva roky. Do této doby participantka datuje své problémy ve vztahu. Ačkoli nejsilněji bolesti reagují na snědené jídlo, zhoršují se také v návaznosti na stres.

Ivana prošla mnoha vyšetřeními, z nichž vyplývá, že je možné, že na žlučníku je vskutku nález, nicméně lékař odmítá, že by tento nález mohl působit takto velké potíže.

I přes své potíže participantka udává, že se cítí poměrně dobře a v životě spokojeně. Na sezeních působí uvolněným dojmem a optimisticky. Stále uvažuje možnost operace žlučníku, do které vkládá naději i přes opačné mínění lékařů. Vzhledem k tomu, že má nad bolestí relativně kontrolu (ví, že pokud se bude vyhýbat určitým jídlům, bolest zmizí) je ochotna s ní experimentovat, díky čemuž souhlasila s tím, že před každým sezením zkusí sníst něco z toho, co u ní bolest vyvolává tak, aby na sezení byla bolest přítomná a bylo možné s ní lépe pracovat.

Při vstupu do terapie měla Ivana zkušenosti s relaxačními technikami, zejména pak s autogenním tréninkem. S heterohypnózou žádnou vlastní zkušenost neuvádí.

Terapie:



Výsledky VAS

Na tomto grafu vidíme pohromadě všech 14 protokolů VAS, tak jak byly sebrány po předem stanovenou dobu terapie. Body 1 a 2 jsou minimum respektive maximum bolesti, jakou participantka cítila po dobu svých obtíží. Bod 3 označuje míru bolesti při prvním příchodu do terapie a bod 4 nejvyšší míru bolesti za předem stanovený úsek terapie.

Během terapie došlo u Ivany k podstatnému snížení obtíží, jak můžeme vidět na grafu v oblasti 5. Zvýšené hladiny bolesti (oblast 6) se vždy pojily s nějakou stresující událostí v životě.

Ačkoli se dařilo pomocí hypnózy snižovat aktuální bolest, nepodařilo se dosáhnout dlouhodobých výsledků. Participantka byla, nicméně, instruována ve využití autohypnózy s jejíž pomocí si byla schopna snižovat bolest sama.

Na poslední sezení přichází s velmi silnou bolestí (bod 4 na grafu) aniž by byla ve větším stresu. Nedokáže návrat potíží v této intenzitě vysvětlit. Jediné, co by mohlo být důvodem je, že se snažila méně se limitovat v jídle.

Úkolem terapie i nadále zůstává omezování bolestí a posilování účinku autohypnózy. Společně s tím bude snaha pomocí sugescí posílit Ivanu tak, aby na ni stresy z okolí měly menší vliv a v neposlední řadě sugescí na posílení správné funkce trávicího systému, zejména pak žlučníku.

Techniky:

Vzhledem k tomu, že Ivana má zkušenosti s relaxací, bylo při indukci hypnózy využito prvků, které participantka znala z autogenního tréninku. Po té byla její pozornost zaměřena na levou část těla, která je bez potíží si participantka měla představovat, jak se pocity na pravé straně začínají podobat těm na straně levé. Společně s tím byly podávány sugescie na zlepšení práce zažívacího traktu a na posílení psychické odolnosti vůči stresům.

Závěr:

Zdá se, že ačkoli hypnoterapie dokázala zmírnit pocity bolesti, které Ivana zažívala, nebyla zatím schopna tyto pocity odstranit úplně. Za zvážení stojí, zda důvodem nemůže být fyziologicky podmíněná etiologie potíží. Je možné, že pomocí hypnózy nedojde k plnému vyléčení obtíží, nicméně pokrok, zejména v užití autohypnózy ke zvládnání akutních bolestí je velký. Další terapie ukáže, zda se podaří výsledek dále prohlubovat. Otázkou také zůstává náhlá remise příznaků. Vzhledem k tomu, že participantka uvádí, že nedokáže tuto remisi spojit s žádným stresem, který obvykle potíže zhoršoval, je možné se domnívat, že problémem může být silná reakce na snědené jídlo, což by mohlo potvrzovat teorii toho, že potíže jsou způsobeny fyziologickou příčinou.

4.6. Karla

Anamnéza:

První sezení proběhlo 8.1. 2009 a poslední dvanácté 15.5. 2009. V době začátku terapie bylo Karle 25 let a v době nástupu do terapie studovala humanitně zaměřenou vysokou školu.

Od března 2008 trpí Karla bolestmi v pravém tříse, které mají tendenci se rozlévat do stehna a na levou stranu. Bolesti reagují pouze na pohyb, a to tak, že při chůzi je bolest o něco menší. Participantka udává, že bolesti jsou víceméně neměnné a nereagují na stress ani na jiné psychické stavy.

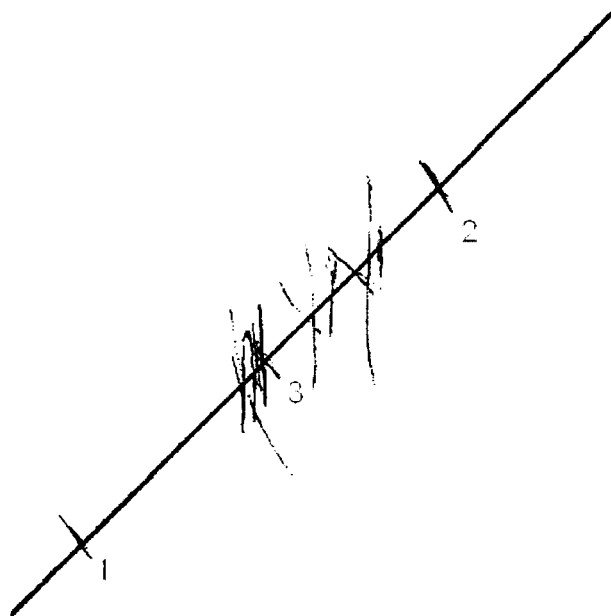
Na prvním sezení udává, že náladu má stále dobrou i přes potíže, ale v průběhu terapie udává, že kvůli bolesti má strach z budoucnosti, zejména z toho, jak dostuduje školu a z toho, jak si bude hledat později práci.

Ačkoli uznává, že bolesti teoreticky mohou mít psychickou složku, odmítá, že by to mohl být její případ. Jedinou důležitou událostí v jejím životě, kterou by mohla se vznikem bolestí spojovat je rozchod s dlouhodobým přítelem. Přímoú souvislost mezi tímto stresem a vznikem bolestí ale resolutně odmítá.

Během terapie působí velmi nenuceně a uvolněně, přesto ale udává, že má problémy zbavit se jisté „masky“, kterou drží stále na veřejnosti. Někdy jeví tendence projevovat se velmi hlasitě a emotivně, což se snaží silou vůle korigovat. Stále má potřebu mít kontrolu nad situací a podrobovat ji kritickému rozumovému zkoumání.

S hypnózou v minulosti neměla zkušenosti a v její účinnost v podstatě nevěří. Udává, že tuto metodu zkouší i přes to, že jí nevěří, jen aby u sebe vyvolala pocit, že se snaží s bolestí bojovat. Dále udává, že bolest pro ni přinesla i pozitiva, která již ale nejsou aktuální a v době terapie již bolest vnímala jen jako něco, co brzdí její rozvoj.

Terapie:



Výsledky VAS

Na tomto grafu vidíme pohromadě všech 12 protokolů VAS, tak jak byly sebrány po dobu terapie. Body 1 a 2 jsou minimum respektive maximum bolesti, jakou participantka cítila po dobu svých obtíží. Bod 3 označuje míru bolesti při prvním příchodu do terapie.

Během dvanácti sezení se nepodařilo navodit u participantky stav, který by bylo možné označit jako hypnotický trans a zadávané sugesce neměly na její potíže žádný vliv. Primárně byla terapie zaměřena na přímé zmírňování bolestí, posléze pak na uvolnění napětí a na apel na nevědomí, které mělo najít důvod a možné řešení obtíží. Karla uváděla, že neumí sama klidně relaxovat a že během indukcí se jí daří alespoň částečně se zklidnit, nicméně není schopna se dostat do hypnotického stavu.

Vzhledem k tomu, že terapie neměla žádný účinek, byla po 12 sezeních zastavena.

Techniky:

Vzhledem k tomu, že již na začátku sezení udávala participantka, že má problémy s relaxací, byly zpočátku využívány metody, které relaxaci nevyžadovaly. Tyto metody ovšem neměly žádný úspěch, neboť je participantka podrobovala stálé kritice, protože pravděpodobně nesplňovaly její předem danou představu o tom, jak má hypnotický stav vypadat. Po té byly vyzkoušeny techniky relaxační s tím, že Karle bylo ponecháno co možná nejvíce prostoru pro to, aby mohla terapii vést sama. Tyto metody zaznamenaly drobný úspěch, nicméně pokud měla Karla určovat směr terapie, velmi často odcházela od svých potíží a měla snahu směřovat terapii jinam.

Závěr:

Domnívám se, že značnou úlohu zde sehrála nedůvěra v metodu a do jisté míry i odmítání přijetí možnosti psychického základu obtíží. Stálá potřeba neustále kontrolovat jak sebe, tak situaci ve svém okolí dále komplikovala možnost navození transu nebo úspěšnost sugescí.

Problém zde mohl také tvořit ambivalentní vztah k bolesti. Na jednu stranu Karla tvrdí, že ji v současné době bolest limituje a brání jí naplňovat její plány, na druhou stranu ale uvádí, že díky bolesti se stala lepším člověkem, že jí tento zážitek dodal podnět k růstu. V době terapie pro ni nebylo možné najít nic, co by mohlo být podobnou incentivou i poté, co by bolest zmizela. Je zde tedy možnost, že i přes nepříznivý vliv bolesti existoval zároveň i strach z její ztráty a jakési zakrnění ve vývoji.

4.7. Lenka

Anamnéza:

První sezení s Lenkou proběhlo 21.1. 2009 a zatím poslední sezení proběhlo 3.6. 2009. Celkový počet sezení je v této době 12. V současnosti byla terapie přerušena vzhledem k vážným zdravotním obtížím participantky. V době vstupu do terapie bylo Lence 15 let a studovala gymnázium.

Lenka byla od mládí velmi sportovně založená, nicméně díky svým problémům se musela postupně většiny sportů vzdát. 4 roky před začátkem terapie začala Lenka pociťovat bolesti v pravé noze. Ploska nohy se začala stále více klenout a postupně v ní ztrácela cit. Pohyb se stal možný jen s pomocí francouzských holí. Na podzim roku 2007 začala pociťovat podobné potíže i v noze levé a stále častěji se objevovaly křeče. Bolest v nohách a křeče nakonec vyústily v to, že Lenka musela být upoutána na kolečkové křeslo. Kůže na nohou, zejména na stehnech se stala velmi citlivou na dotek. O několik měsíců později se přidaly potíže s očima, kdy docházelo k tomu, že Lenka dostávala křeče od okohybných svalů, které oči stáčely výrazně k jedné straně, což bylo doprovázeno bolestmi hlavy. Během posledního měsíce se začaly objevovat křeče a mírná ztráta citu i v rukách a silné žaludeční potíže, které mohly být do jisté míry způsobené i medikací.

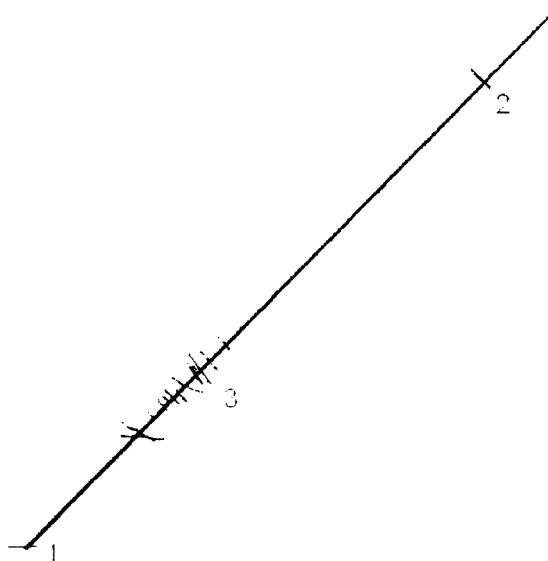
Lenka byla mnohokrát vyšetřována, nicméně nikdy nebyla zjištěna příčina jejích křečí a ochrnutí. Neurologická vyšetření ale odhalila vymizelé reflexy v nohách a poruchy kožního cití.

Na svůj věk působí Lenka velmi dospělým a soběstačným dojmem. Zdá se, že má poměrně silný vztah k matce, nicméně se nezdá být závislá. Vztah s otcem je horší, neboť podle jejího názoru nepřikládá jejím obtížím dostatečnou pozornost a domnívá se, že Lenka simuluje.

I přes to, že se kvůli obtížím musela vzdát sportování, které měla velmi ráda, stále si drží poměrně dobrou náladu a snaží se užívat si život. Znatelný pokles v náladě přišel se zprávou, že křeče a bolesti se přesouvají i do rukou.

S hypnózou nikdy před tím zkušenost neměla, ale byla zvyklá používat relaxační metody na zklidnění.

Terapie:



Výsledky VAS

Na tomto grafu vidíme pohromadě všech 12 protokolů VAS, tak jak byly sebrány po dobu terapie. Body 1 a 2 jsou minimum respektive maximum bolesti, jakou participantka cítila po dobu svých obtíží. Bod 3 označuje míru bolesti při prvním příchodu do terapie.

Lenka se ukázala jako poměrně velmi hypnabilní a bylo možné ji uvést do relativně hlubokého stavu hypnózy. Během ní je možné zmírnit bolesti, zejména pak citlivost kůže na nohách. Ze začátku pocity změny nepřetrvávají i po návratu z transu, později se to již daří. Během sedmého sezení došlo k tomu, že bolest z nohou zcela zmizela a tento stav přetrval i po návratu z transu, nicméně asi po 5 minutách se bolesti vrátily. Poté ve dvou následujících sezeních nebylo možné hypnotický stav vůbec navodit, neboť v zápětí po nástupu indukci

začala Lenka pociťovat velmi silnou bolest a křeče. Na dalším sezení, které následovalo po delší přestávce způsobené zdravotními obtížemi participantky, bylo možné hypnotický trans opět navodit a dále v něm pracovat. Nebylo již ale možné dosáhnout stejného úspěchu, nicméně dílčí úleva se dostavovala.

Participantka odmítla využívat metodu autohypnózy s tím, že ji zná a nepomáhá jí.

Techniky:

Vzhledem k tomu, že participantka měla již před vstupem do terapie zkušenosti s relaxací, byly zvoleny relaxační techniky indukce hypnózy. Během hypnózy jsem se pak zaměřoval na disociaci, tedy oddělení od těla, aby bylo možné minimalizovat rušivý účinek křečí a zároveň bylo sugerováno to, že po návratu zpět do těla budou pocity bolesti menší.

Závěr:

Ačkoli jednání participantky v hypnóze i mimo ni by mohlo naznačovat, že se u ní jedná o ryze psychický problém, patrně typu konverzní poruchy, lékařské nálezy tuto diagnózu vylučují. Během různých vyšetření byla tato diagnóza postupně vznášena i zpochybňována. Já osobně se stále více kloním k tomu, že v tomto případě je velmi pravděpodobná koincidence nervového onemocnění a konverzní poruchy. Pravděpodobným se mi zdá to, že na základě reálně existujícího poškození se rozvinula psychická nadstavba. Je samozřejmě velmi těžké určit, která z těchto dvou složek mohla být hypnózou ovlivňována.

4.8. Marie

Anamnéza:

Marie prošla celkem 8 sezeními, z nichž první se konalo 26.1. 2009 a poslední 6.4. 2009. Po té byla terapie přerušena vzhledem k hospitalizaci participantky z důvodu úrazu. Při první návštěvě jí bylo 46 let.

Marie vystudovala střední školu a pracovala nejprve jako prodavačka, později jako technik. V současné době je v pracovní neschopnosti kvůli bolestem.

Marie trpí bolestmi hlavy, které začaly přibližně ve věku 15 let a od té doby se stupňují. Projevují se většinou v jen v jedné polovině hlavy, někdy ovšem bolest zasáhne obě poloviny najednou. Bolest je lokalizována za očima. Často je doprovázena nevolností, někdy i

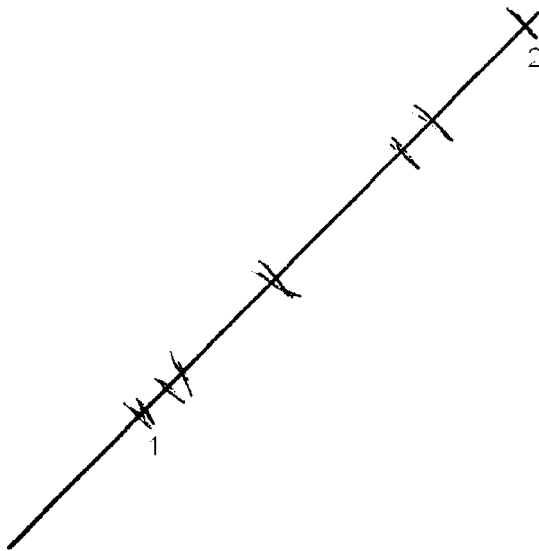
zvracením. Bolesti mají cyklický charakter s tím, že se jejich intenzita stále mění. Průběh tak připomíná sinusoidu. Délka jednotlivých cyklů se nicméně mění. Na intenzitu bolestí působí jak psychické faktory, jako stres, únava, zátěž, tak i fyziologické faktory, jako hlad, nedostatek spánku nebo prochladnutí. Ačkoli tyto vlivy mění intenzitu prožívané bolesti, střídavý průběh bolestí je stálý. Bolesti také silně narušují spánek.

Participantka prožívá díky bolesti strach a nejistotu, bolest jí zabraňuje v plánování a nutí ji ke stálému pozorování svého stavu.

Marie nemá s hypnózou žádné zkušenosti a nemá ani představu, co od sezení očekávat.

Na sezeních působí klidně, optimisticky, udává, že mimo silné záchvaty bolesti má dobrou náladu.

Terapie:



Výsledky VAS

Na tomto grafu vidíme pohromadě všech 8 protokolů VAS, tak jak byly sebrány po dobu terapie. Body 1 a 2 jsou minimum respektive maximum bolesti, jakou participantka cítila po dobu svých obtíží. Bod 1 zároveň označuje míru bolesti při prvním příchodu do terapie.

Jak můžeme vidět na grafu, Mariina bolest se v průběhu terapie velmi měnila, nicméně Marie nebyla schopna tyto změny přičíst žádným konkrétním událostem a spíše je připisovala cyklickému průběhu jejích obtíží.

Prvotním cílem terapie bylo stabilizovat bolesti, které participantka cítila a postupně je začít snižovat. Marie vstupuje do hypnózy poměrně snadno, v případě, že právě zažívá silnou bolest je ale hypnotický trans mlčí. Během 6. sezení se již daří bolest v hypnotickém transu snížit a tento účinek přetrvává i po návratu do běžného stavu.

Participantka byla též instruována ve využití autohypnózy s jejíž pomocí se zlepšil její spánek, a to jak jeho kvalita tak i kvantita, což opět přispělo ke zmírnění obtíží.

Techniky:

Participantka byla hypnotizována vleže a bylo použito relaxačních metod pro indukci hypnotického transu. Vzhledem k tomu, že během prvotního rozhovoru participantka uvedla, že na bolesti jí často pomáhá teplý zábal na hlavu a naopak chlad bolest zvětšuje, rozhodl jsem se využít v sugescích právě pocit tepla a sugerovat, že se čelo a oblast za ním příjemně prohřívá. Tato metoda měla pozitivní účinek. Kratochvíl uvádí, že pro léčbu migrény doporučuje spíše sugescie chladu do hlavy, které mají pomoci ve vasokonstrikci (Kratochvíl, 2001), nicméně tato moje zkušenost ukazuje, že i sugescie tepla mohou u migrén být prospěšné. K podobnému zjištění došel rovněž Hartland (Hartland in Kratochvíl, 2001).

Závěr:

Vzhledem k tomu, že terapie byla přerušena, je těžké odhadovat, jaký další vliv by hypnoterapie na Mariiny problémy mohla mít. Dle mého názoru se ale ukázalo, že pomocí autohypnózy může Marie nejen do jisté míry zmírňovat své záchvaty bolesti, ale také zlepšovat kvalitu spánku, který má na její potíže zásadní vliv. Další směr terapie by byl zřejmě ten, že bych se snažil pomocí sugescí ovlivnit strach z bolestí. Tomu by mohla pomoci i stále větší kontrola, kterou by Marie nad bolestmi měla právě díky autohypnóze.

5. Výsledky

V této části se pokusím shrnout, co tyto kasuistiky ukazují. Opět opakuji, že si plně uvědomuji, že výsledky tohoto výzkumu nejsou plně zobecnitelné, neboť množství participantů je poměrně malé, nicméně se domnívám, že i zde je možné vysledovat jisté trendy, které můžeme při nejmenším vnímat jako inspiraci pro další výzkumy v této oblasti.

Prvním zjištěním, které sice nesouvisí přímo se zadáním této práce, ale zdá se mi velmi důležité, je jak často u participantů docházelo k tomu, že je negativně ovlivnili lékaři. Mnoho z participantů za dobu svých obtíží navštívilo velké množství odborníků z různých odvětví medicíny. Často uvádějí, že lékaři jejich problémy silně bagatelizovali a pokud nebylo možné nalézt biologickou příčinu těchto potíží, často se pacientů zbavovali. Domnívám se, že toto zjištění je velmi vážné a znepokojující. Vzhledem k tomu, že má práce

nebyla zaměřena tímto směrem, neměl jsem možnost se tímto problémem blíže zabývat a zjišťovat jednak validitu těchto výpovědí, tak to, jaký mělo iatropatogenní působení lékařů vliv na rozvoj obtíží participantů. Rozhodně chápu, že výpovědi participantů nemusí být přesné a mohou být zatížené potřebou „stěžovat si“ na lékaře, kteří jim nedokázali pomoci, přesto je ale velmi zajímavé, že vůbec pacienti získávají z lékařů tento dojem. Domnívám se, že tento fenomén by si zasloužil další zkoumání.

Výsledky nenaznačují, že by na průběh terapie mělo vliv vzdělání, ačkoli ve vzorku jsou jen tři participantky s vysokoškolským vzděláním. Rovněž se mi nepodařilo vysledovat souvislost mezi věkem participantů nebo délkou jejich obtíží a výsledkem terapie.

Vysledovat můžeme ovšem souvislost úspěchu s náladou participantů. U obou participantů, u kterých terapie nepřinesla žádný výsledek, se projevovala specifická nálada a vůbec vyladění osobnosti, které u zbylých šesti participantů nenacházím. U Karly i Emila bylo jasně vidět, že k hypnoterapii nemají příliš velkou důvěru, že se stále snaží přebírat kontrolu nad situací a že mají neustále potřebu kontrolovat své chování. Oba také uváděli, že v době vstupu do terapie nezažívají ve svém životě pocity štěstí a radosti a uváděli depresivnější ladění, ztrátu zájmu o své koníčky i o své okolí, což může znamenat, že trpěli depresemi. Samozřejmě, většina participantů udávala, že jejich nálada je díky jejich potížím spíše horší, což se dá očekávat, nicméně všichni ostatní participanté udávali stále pocity štěstí a radosti v životě. Z těchto výsledků by se tedy dal do jisté míry odvodit typ osobnosti, která nebude s největší pravděpodobností na hypnoterapii reagovat.

Výsledky ovšem naznačují, že pokud má bolest jasný fyziologický podklad, není možné ji pomocí hypnoterapie zcela odstranit. V těchto případech se ale daří pracovat s ostatními složkami bolesti, jako je strach nebo utrpení, které bolest způsobuje. Je tedy jasné, že hypnoterapie může pomoci i v případech, kdy má bolest jasnou fyziologickou složku.

6. Diskuse

Jakákoli studie, která se snaží ověřit účinnost terapie, se musí vyrovnat s mnoha obtížemi. Tou asi nejzásadnější je to, že výsledky, které během terapie získáme, nemůžeme připsat pouze účinkům terapie. Kromě Daniely všichni participanté, kteří procházeli tímto výzkumem, podstupovali paralelně ještě i další terapie, které jim měli ulevit od jejich bolesti. Samozřejmě by z výzkumného hlediska bylo nejlepší, pokud by bylo možné ostatní terapie na dobu tohoto výzkumu přerušit, nicméně z etických i praktických důvodů to nebylo možné. Kromě toho se domnívám, že na zdravotní stav participantů mohlo mít vliv ještě mnoho dalších faktorů. Z praxe je jasné, že potíže nemají tendenci setrvávat stejné, ale svoji intenzitu

mění. Může se tak stát, že se participantův stav bude zlepšovat i přes to, že terapie je neúčinná, nebo naopak, se bude zdát, že terapie nemá účinek a ona zatím bude zabraňovat zhoršení příznaků. Tuto druhou možnost je pravděpodobně možné demonstrovat na případě pana Bohumila, který se při vstupu do terapie velmi obával postupného zhoršování svých obtíží a tedy zhoršování pocíťované bolesti. To se ale nestalo a bolest se držela po celou dobu terapie relativně na stejné úrovni.

Tyto intervenující proměnné nebylo podle mého názoru možné nijak eliminovat. Při studování podobných výzkumů jsem nikde nenarazil na žádnou možnost, jak zabránit těmto negativním vstupům. Ačkoli nebylo možné se tomuto zkreslení výsledků vyhnout, pokoušel jsem se alespoň tuto intervenující proměnnou monitorovat. U žádného z participantů nedošlo během účasti na tomto výzkumu k významnější změně ve farmakoterapii. Změny v rámci psychoterapie nebylo možné sledovat. Participanti také udávali, že se domnívají, že změna v jejich stavu, pokud nastala, nastala díky hypnoterapii, což je ovšem postoj, který může být velmi silně zatížený sociální desirabilitou. Svůj názor, že zlepšení stavu participantů závisí z podstatné míry na prodělané hypnoterapii, tedy zakládám na časové koincidenci, kdy v jejich stavu často dlouhodobě nedocházelo k zásadním změnám, nicméně po započetí hypnoterapie se stav změnil. Domnívám se, že tato časová koincidence může být považována za dostatečný důvod k domněnce, že hypnoterapie byla účinná.

Dalším problémem je přesně zjistit, která část terapie byla tou, která navodila změnu. Je samozřejmé, že během mých sezení s participanty nedocházelo pouze k hypnoterapii. Ačkoli jsem se snažil nevnašet do hypnoterapie prvky psychoterapie, obávám se, že v některých případech to nebylo možné zcela oddělit. Další prvek, kromě hypnózy, který mohl participanty ovlivňovat, byla naděje. Většina participantů před tím, než přišli do hypnoterapie, prošlo mnoha většinou neúspěšnými terapiemi, ať již medicínskými nebo i alternativními. Hypnoterapie jim pak přinesla další možnost a další naději. Je možné, že zvláště u participantů, kteří prošli menším množstvím sezení mohla sehrát naděje velkou roli. Osobně se domnívám, že naděje na úspěch a víra v možnost pomoci byla jedním z faktorů, proč hypnoterapie selhala u pana Emila a slečny Karly. Vzhledem k jejich depresivnímu ladění mohli ztratit naději a víru v možnost uzdravení. Slečna Karla tyto své pocity vůči hypnoterapii a psychologickému působení na své obtíže vyjádřila i přímo. Samozřejmě ale nemůžeme vidět vztah mezi vírou v úspěch a úspěchem jako kausální. Neboť, pokud dojde v rámci terapie k úspěchu, podporuje to také víru v další úspěch. Zdá se, že víra je důležitá zejména v momentech, kdy terapie v prvních krocích nepřináší výsledky. Je pak velmi důležité přesvědčit participanty, že prvotní neúspěch nemusí znamenat prohru, což se asi u

Karly a Emila nepodařilo. Tento neúspěch by mohl také z části souviset s tím, že oba měli potřebu přejímat zodpovědnost za vývoj terapie a díky tomu se z části obviňovat z neúspěchu. Toto jejich přesvědčení se mi nepodařilo korigovat.

Další komplikací, které jsem musel během terapie čelit, byla frekvence sezení, které jsem s participanty vedl. Kratochvíl uvádí, že ze začátku terapie je dobré provádět sezení alespoň dvakrát týdně a postupně jejich intenzitu snižovat (Kratochvíl, 2001). V mém případě bohužel toto nebylo zcela možné. Bylo nezbytné skloubit najednou potřeby participantů, kteří na sezení dojížděli, potřeby mé a možnosti pracoviště. Díky tomu se, bohužel, stávalo i to, že mezi jednotlivými sezeními byly delší odstupy, což mohlo negativně ovlivnit účinek zejména v začátcích terapie. I přes to, že jsem se snažil s jednotlivými participanty pracovat co možná nejvíce systematicky, tedy objednávat je vždy na stejný den a hodinu, bylo občas nutné tuto rutinu měnit nebo některá sezení zcela vypouštět. Z tohoto pohledu by bylo asi snadnější provádět tento typ výzkumu na participantech, kteří by byli hospitalizováni, nicméně dostat se k těmto potenciálním participantům je z mé zkušenosti mnohem těžší. Krom toho je forma ambulantních návštěv pro tento typ terapie vhodnější.

Dalším faktorem, který mohl ovlivnit výsledky tohoto výzkumu, byl výběr participantů. Z etických i praktických důvodů nebylo možné, abych si participanty vybíral podle jakéhokoli specifického klíče. Mé požadavky byly pouze na to, aby potenciální participant trpěli chronickou bolestí a byli ochotni se podrobit hypnoterapii. Jakkoli se tato kritéria mohou zdát široká, obávám se, že jsem neměl možnost je více specifikovat. I s takto obecně stanovenými kritérii se mi podařilo za dva roky práce na dvou pracovištích najít pouze 16 participantů a z toho pouze 8 bylo možno zařadit do tohoto výzkumu. Obávám se, že pokud bych kritéria specifikoval více, nepodařilo by se mi najít dostatek participantů. Problém by mohl být také v tom, že participant byli v podstatě vybírání sebevýběrem. Můžeme uvažovat o tom, jací pacienti byli motivováni do této terapie vstoupit. Všichni participant v podstatě shodně odpovídali, že tuto terapii zkusili jako další možnost při hledání toho, co jim může pomoci. Z 8 participantů, kteří byli popsáni v této práci, měli s hypnózou nebo s jevy podobnými zkušenost pouze tři. Ostatní udávali, že o hypnóze nevědí vůbec nic, nebo mají jen informace z filmů, které jim ale nepřipadaly věrohodné.

Ačkoli v této práci činím výroky o náladě participantů, žádný z nich neprošel standardizovanou diagnostikou deprese. Uvědomuji si, že takováto data by byla jistě velmi zajímavá, ale zároveň si jsem vědom toho, že v situaci tohoto výzkumného záměru nebylo dobře možné tyto metody použít. Sezení s participanty mělo formu terapeutických sezení a obávám se, že pokud bych na začátku administroval testy, mohlo by to ještě snížit ochotu

potenciálních participantů k účasti v tomto výzkumu. Z tohoto důvodu jsem se rozhodl spíše pro rozhovor, který jsem považoval za přílehavější situaci. Data z rozhovoru mají sice nižší vypovídací hodnotu, nicméně se domnívám, že pro potřeby této studie jsou dostačující.

Má práce si klade za úkol ověřit účinnost ericksonovských technik v ovlivňování bolesti. Dalším logickým krokem ve výzkumu by mohlo být zkoumání toho, zda je ericksonovská metoda účinnější než metody standardní. Podobný výzkum by bylo poměrně komplikované sestavit, nicméně se domnívám, že jeho výsledky by mohly být velmi zajímavé. Podle mého názoru by se ukázalo, že ericksonovským přístupem se k cíli dojde sice pomaleji, že je potřeba více sezení, ale že výsledek se dostaví u většího počtu participantů. V tomto názoru se rozcháším s Kratochvílem, který uvádí, že ericksonovské techniky nejsou účinnější než techniky standardní (Kratochvíl, 2001).

Další komplikace výsledků tohoto výzkumu vychází z nejednoznačnosti ericksonovského přístupu. Domnívám se, že se mi podařilo prokázat, že hypnoterapie může mít efekt na zvládání bolesti, otázkou ale zůstává, zda je možné použité metody označit za čistě ericksonovské. Sám jsem prošel kurzem ve standardní hypnóze a později mnohem intenzivnějším výcvikem v hypnóze ericksonovské. Domnívám se tedy, že metody které jsem používal byly ericksonovské, ale nemohu vyloučit, že jsem byl ovlivněn i standardními metodami. Během supervizí ale byly moje postupy označeny za ericksonovské.

V kapitole „výsledky“ jsem se pokusil odvodit osobnostní charakteristiky člověka, na nějž nebude s největší pravděpodobností hypnóza účinkovat. Otázkou je, nakolik je toto možné zobecnit. Je tu i eventualita, že nemožnost ovlivnit tyto lidi pomocí hypnózy je chybou mojí a technik, které jsem použil. Bylo by zde potřeba, aby toto mé zjištění dále prověřil jiný hypnoterapeut, který by použil odlišné metody.

Ačkoli u šesti z osmi participantů došlo ke snížení pocíťované bolesti, stále zůstává otázkou, jak k tomuto snížení došlo. Vysvětlením může být jak snížení intenzity bolesti, tak i zvýšení prahu bolesti. Bohužel, to jak byl můj výzkumný projekt postaven a možnosti, které jsem při jeho realizaci měl, nedovolovaly zjišťovat absolutní práh bolesti u participantů před vstupem do terapie a po jejím skončení. Věřím, že data, která by takovýto výzkum přinesl by mohla do jisté míry ozřejmit jak hypnóza v terapii bolesti funguje.

Vzorek participantů je poměrně rozmanitý z hlediska věku i z hlediska vzdělání a zaměření. Obávám se, že v podmínkách, které jsem měl k dispozici, tomuto nebylo možné zabránit. Nenalezl jsem ovšem v literatuře žádné zmínky o tom, že by věk (kromě věku dětského, který má v hypnoterapii svá specifika), profese či vzdělání mohly mít vliv na výsledek hypnoterapie. Takovéto ovlivnění ovšem nemohu plně vyloučit. V literatuře jsem

nalezl pouze výzkum Lutgendorfové, která prokázala, že věk nemá vliv na výsledek hypnoterapie, která si klade za cíl navodit analgesii před invazivními bolestivými lékařskými zákroky (Lutgendorf, 2007).

Ke zjišťování aktuální bolesti u participantů docházelo vždy na začátku sezení ještě před tím, než došlo k terapii. Tento způsob sice naznačuje velmi dobře dlouhodobé účinky terapie na hladinu bolesti, nicméně by bývalo bylo užitečné administrovat metodu VAS i těsně po ukončení hypnoterapie pro získání dat o tom, jak hypnoterapie pomohla hned po svém skončení bez interference dalších vlivů. Ačkoli jsem metodu VAS po ukončení hypnoterapie již neadministroval, tato data jsem získával od participantů vždy v rámci rozhovoru, který následoval po každé hypnoterapii.

Z Á V Ě R:

V této práci se mi podařilo dokázat, že hypnoterapie provozovaná ericksonovskými technikami může mít pozitivní účinek na pacienty trpící chronickou bolestí, ať již tím že zmírní pocíťovanou bolest, nebo že ovlivní utrpení spojené s bolestí, popřípadě strach a úzkost, které se s bolestí pojí. Pokud má bolest jasnou fyziologickou příčinu, je více pravděpodobné, že nebude přímo ovlivněno vnímání bolesti, ale spíše ostatní složky. Dále se mi podařilo nastínit osobnostní charakteristiky, které mohou mít za následek neúčinnost terapie, ačkoli se mi nepodařilo zjistit, zda to, že lidé s těmito charakteristikami neměli z terapie žádný efekt, bylo způsobeno právě jejich osobností nebo nesouhrou jich a zvolených metod.

Ukázalo se, že hypnoterapie nedokáže pomoci všem pacientům, což je ale výsledek, který by bylo velmi nerealistické očekávat. Je nutné si uvědomit, že hypnoterapie se nikdy nemůže a neměla by se stát náhražku konvenčních metod léčení a zvládání bolesti, ale v případě, že tradiční postupy selhávají, může hypnoterapie přinést další možnost.

Doufám, že toto zjištění přispěje k tomu, aby se využívání hypnózy v praxi při zvládání bolesti rozšířilo.

Seznam použité literatury:

- ABRAHAM, J.L. Management of Pain and Spinal Cord Compression in Patients with Advanced Cancer. *Annals of Internal Medicine*. 1999, vol. 131, no. 1, s. 37-46
- BACHMANN, A., et al. How Painful Is Donor Nephrectomy?. *Transplantation*. 2006, vol. 81, no. 12, s. 1735-1738
- BALCAR, K. Individualizované techniky hypnotizace : Přínos M. H. Ericksona. *Československá psychologie*. 1973, roč. 17, č. 5, s. 468-476.
- BAUDOUIN, C. *La psychologie de la suggestion et de l'autosuggestion*. 4. augm. édition. Neuchâtel : Delachaux & Niestlé S.A., 1924. 383 s.
- BOB, P^a. Hypnotic Abreaction Releases Chaotic Patterns of Electrodermal Activity During Dissociation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2007, vol. 55, no. 4, s. 435-456.
- BOB, P^b. Dissociation, Forced Normalization and Dynamic Multi-stability of the Brain. *Neuroendocrinology letters*. 2007, vol. 28, no. 3, s. 231-246.
- BŘICHÁČEK, V. *Úvod do psychologického škálování*. 1. vyd. Bratislava : Psychodiagnostické a didaktické test, n.p., 1978. 322 s.
- CARROLL, D. *Health psychology : stress, behaviour and disease* . London Washington, DC : Falmer Press , 1992. 129 s. ISBN 18-5000-842-6.
- CAUDILL, M. *Managing pain before it manages you*. 1st edition. New York : Guilford Press, 1995. 207 s. ISBN 0898622247
- ELTZSCHIG, H.K., et al. Regional Anaesthesia and Analgesia for Labor and Delivery. *The New England Journal of Medicine*. 2003, vol. 4, no. 348, s. 319-332
- ERICKSON, M.H.^a *Innovative Psychotherapy : The Collective Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis Volume II*. Rossi, E.L.. 1st edition. New York : Irvington Publishers, 1980. 366 s. ISBN 0-8290-0543-9.

- ERICKSON, M.H.^b *Innovative Psychotherapy : The Collective Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis Volume IV*. Rossi, E.L.. 1st edition. New York : Irvington Publishers, 1980. 560 s. ISBN 0-8290-0545-5.
- ERICKSON, M.H., ROSSI, E.L. *Hypnotherapy : An Exploratory Casebook*. 1st edition. New York : Irvington Publishers, c1979. 495 s. ISBN 0-470-26595-7
- EVANS, F.J. Hypnosis and Chronic Pain : Two Contrasting Studies. *The Clinical Journal of Pain*. 1989, vol. 10, no. 5, s. 169-176
- FEUERSTEIN, M., et al. *Health psychology : a psychobiological perspective*. 3rd edition. New York : Plenum Press , 1988. 492 s. ISBN 0-306-42037-6
- FREEMAN, L. W. *Mosby's complementary & alternative medicine : a research-based approach*. 2nd edition. St. Louis : Mosby , 2004. 588 s. ISBN 0-323-02626-5
- FROMM, E., SHOR, R., E. *Hypnosis : research developments and perspectives* . 1st edition. New Brunswick : Transaction Publishers , 2007. 656 s. ISBN 0-202-30856-1
- GIBSON, H., B., HEAP, M. *Hypnosis in Therapy*. 1st edition. Hove, East Sussex : Erlbaum, 1991. 240 s. ISBN 0-863-77155-6
- GOULD, D., et al. Information Point : Visual Analogue Scale (VAS). *Journal of Clinical Nursing*. 2001, vol. 10, no. 2, s. 697-706
- HILGARD , E. R., HILGARDOVÁ, J. R. *Hypnosis in the Relief of pain*. 1st rev. edition. New York : Brunner/Mazel , 1994. 294 s. ISBN 0-87630-700-4.
- HOSKOVEC, J., HOSKOVCOVÁ, S. *Psychologie hypnózy a sugesce*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. 132 s. ISBN 80-7178-234-3.
- JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládání*. Praha : Portál, 2007. 191 s. ISBN 978-80-7367-210-2
- KLAPŠŤOVÁ, K., KRÁTKÝ, Č. J. *Encyklopedie bohů a mýtů předkolumbovské Ameriky*. Praha : Libri, 2001. 156 s. ISBN 80-7277-065-9.
- KNOTEK, P., *Ústní sdělení*. Praha, 2006

KRATOCHVÍL, S. *Klinická Hypnóza*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Grada, 2001. 326 s. ISBN 80-247-0062-X.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest : Její diagnostika a psychoterapie* . 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví , 1992. 66 s. ISBN 8070131306

LEWIS, D.O. Hypnoanalgesia for chronic pain: the response to multiple inductions at one session and to separate single inductions. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1992, vol. 85, month 11, s. 620-624

LIOSI, C., HATIRA, P. Clinical hypnosis versus cognitive behavioral training for pain management with pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1999, vol. 47, is. 2, s. 104-116

LUTGENDORF, S.K., et al. Effects of Age on Responsiveness to Adjunct Hypnotic Analgesia During Invasive Medical Procedures . *Psychosomatic Medicine : Journal of Behavioral Medicine*. 2007, vol. 69, no. 2, s. 191-199

MANTHA, S., et al. A Proposal to Use Confidence Intervals for Visual Analog. *Technical Communication*. 1993, vol. 77, no. 7, s. 1041-1047

MAREŠ, J., et al. *Dítě a bolest*. 1. vyd. Praha : Grada, 1997. 317 s. ISBN 80-7169-267-0

MASTÍK, J. Migréna - Nová mezinárodní klasifikace a moderní léčebné postupy. *Interní medicína pro praxi*. 2004, roč. 10, 1, s. 495-499.

MELZACK, R. *Záhada Bolesti*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1978. 188 s. ISBN 08-041-78

NEMETH, K.A., et al. The Measurement of Leg Ulcer Pain : Identification and Appraisal of Pain. *Advances in Skin & Wound Care*. 2003, vol. 16, no. 5, s. 260-267

NOVOTNÁ, A., EHLER, E. Praktické tipy pro léčbu chronické bolesti opioidy v neurologii. *Neurologie pro praxi*. 2006, č. 2, s. 104-107.

PATTERSON, D.R., et al. Hypnosis for the Treatment of Burn Pain. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1992, vol. 60, no. 5, s. 713-717
PATTERSON, D.R., et al. Hypnosis for the

Treatment of Burn Pain. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1992, vol. 60, no. 5, s. 713-717

RAUDENSKÁ, J. Psychologie chronické bolesti. *Bolest : Časopis společnosti pro studium a léčbu bolesti*. 2000, roč. 3, č. 2, s. 86-90. – BOL 200

RICHARD, K. The occurrence of maladaptive health-related behaviors and teacher-related conduct problems in children of chronic low back pain patients. *Journal of behavioral medicine*. 1988, no. 11, s. 107-116

SAVITZ, S.A. Hypnosis in the Treatment of Chronic Pain. *Southern Medical Journal*. 1983, vol. 76, no. 3, s. 319-321

WARFIELD, C. A., BAJWA, Z. H. *Principles and practice of pain medicine*. 2nd rev. edition. New York : McGraw-Hill , 2004. 870 s. ISBN 0-07-144349-5

Wikipedia : the free encyclopedia [online]. 2009 , 28 March 2009, at 21:28 (UTC) [cit. 2009-04-25]. Dostupný z WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/Hippolyte_Bernheim>.

WOESSNER, J. W. Overview of pain: Classification and Concepts. In BOSWELL, M. V., COLE, B. E. *Weiner's Pain Management : A practical guide for clinicians*. 7th edition. [s.l.] : CRC Press, 2006. s. 68-79. ISBN 0-8493-2262-6

WOLF, B. B. A brief history of pain from a personal perspective . In BOSWELL, M. V., COLE, B. E. *Weiner's Pain Management : A practical guide for clinicians*. 7th edition. [s.l.] : CRC Press, 2006. s. 18-30. ISBN 0-8493-2262-6

ZÍKA, J. *Hypnóza není spánek*. 1. vyd. Praha : Nakladatelství Jirí Zíka, 1992. 121 s. ISBN 80-90117-0-5.

Přílohy

Příloha 1. Schéma rozhovoru s participnatem:

Karta pacienta:

Anamnéza:

věk:

kde žije:

vzdělání:

rodinný stav:

záliby:

zaměstnání:

převládající nálada:

fantazie:

Bolest:

kde to bolí:

jak moc to bolí:

Min:

Max:

jak to bolí:

jak dlouho to bolí:

změny v bolesti:

dosavadní léčba:

v čem bolest limituje:

co dělat proti akutnímu záchvatu:

Hypnóza:

co očekáváte:

představy o hypnóze:

znalosti o hypnóze:

zkušenosti s hypnózou:

spánek, náměsíčnost, transy (stává se vám, že usínáte při dlouhé cestě vlakem):

snadnost relaxace:

co vás pohlcuje:

jak se ke mně dostala:

zkuste odhadnout na škále od 0 do 10 do jak hlubokého stavu se dostanete:

Další: